ÉTUDE PRATIQUE

SUR

LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

GÉMELLAIRES

ÉTUDE PRATIQUE

SUR LA

GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

GÉMELLAIRES

PAR

Louis HIRIGOYEN

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Ancien interne (Prix Delord 1878) des Hôpitaux de Bordeaux,
Aide de clinique chirurgicale et obstétricale,
Lauréat de l'école de médecine de Bordeaux.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY,

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

Place de l'École de Médecine

1879

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22345590

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer, pendant notre internat à la clinique obstétricale de Bordeaux, un certain nombre de grossesses gémellaires, nous avons recherché, dans les auteurs, les particularités intéressantes de ce sujet. Les connaissances utiles ou curieuses qui se trouvent mentionnées sont ordinairement ajoutées, d'une façon incidente, à la suite des chapitres spéciaux consacrés à la grossesse simple. Quelques recherches nouvelles consignées dans des recueils étrangers à l'art des accouchements, et le peu de développement qu'on a donné à certaines questions dont l'importance pratique ne saurait être méconnue, nous ont engagé à réunir dans cette étude les enseignements admis depuis longtemps et les opinions plus récentes qui ont trait à la grossesse double.

Pensant que plusieurs points de la question ne peuvent être élucidés qu'à l'aide de statistiques établies avec soin, dans des conditions définies, nous avons utilisé les observations réunies à la clinique de l'hôpital Saint-André, depuis vingt années. Nous avons pu ainsi comparer avec avantage quelques-uns des résultats qu'elles présentent avec ceux que les différents auteurs ont obtenus.

Notre travail se divisera en trois parties principales.

Dans la première nous étudierons les conditions physiologiques et anatomiques qui sont liées à la grossesse et à l'accouchement gémellaires.

Dans la seconde, nous nous occuperons de la séméiologie, surtout au point de vue pratique.

Dans la troisième, nous décrirons l'accouchement gémellaire normal ou pathologique.

Enfin nous donnerons le relevé de nos observations.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur Moussous de l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué des faits récents observés dans son service.

Nous sommes aussi reconnaissant envers notre collègue et ami M. Tourrou, premier interne, des renseignements utiles qu'il nous a fait parvenir.

ÉTUDE PRATIQUE

SUR LA

GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRES

« On peut dire qu'il n'y a point d'accouchement qui entraîne après soi de plus grand danger et qui expose la mère à plus d'accidents et le chirurgien à prendre plus de mesures que celui où la femme accouche de deux enfants, ce qui me fait dire avec bien de la justice qu'un accouchement de deux enfants a de quoi surprendre le nouvel accoucheur puisque les plus anciens et les plus expérimentés ne sont pas exempts d'en essuyer les disgrâces. »

De la Motte. *Traité des accouch.*, 1765, t. II, page 948.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DES CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES.

Il y a grossesse gémellaire lorsque deux ovules fécondés se développent simultanément.

Ordinairement, les deux ovules sont contenus dans la cavité utérine, c'est la règle ; mais il peut arriver que l'on rencontre des conditions anatomiques exceptionnelles.

Ainsi, la cavité utérine, au lieu d'être simple, se trouve plus ou moins complétement divisée en deux cavités secondaires, chacune d'elles contenant un fœtus.

D'autres fois, un des germes est situé dans l'utérus tan-

dis que l'autre, greffé sur l'ovaire ou dans la trompe, donne lieu à une grossesse extra-utérine concomitante.

On a même vu deux produits dans une des cornes d'un utérus duplex.

Voilà des conditions qui, on le sait, ne se trouvent réalisées que très-rarement ; aussi, me bornerai-je, d'une façon générale, à étudier ce qu'on observe d'habitude, c'est-à-dire le développement de deux œufs dans la cavité d'un utérus normal.

La définition étant bornée à ce cas, nous verrons que la grossesse double est encore rare.

Il faut, en effet, pour que le phénomène se produise, que deux ovules venus des deux ovaires ou d'un seul soient fécondés et transmis à la matrice : la fécondation et la transmission s'étant effectuées en même temps ou à quelque distance pour l'un et l'autre ovule.

On a déjà anciennement recherché dans quelle proportion a lieu la grossesse gémellaire comparativement aux grossesses simples.

Des statistiques fort étendues ont été faites à ce sujet en Allemagne, et en Angleterre comme en France.

En Allemagne, Riecke a compté dans le Wurtemberg 219,353 accouchements parmi lesquels 2545 gémellaires, soit 1 sur 86.

Richtér note 2571 accouchements dont 52 gémellaires, soit 1 sur près de 50.

Merrem de Cologne 2 gémellaires sur 157, soit 1 sur 78,

Waller 3 sur 291, soit 1 sur 97.

Veit (statistique portant sur treize millions) trouve le rapport de 1 sur 89.

Meckel (Mullers Arch. fur Anat. 1850) sur onze millions d'accouchements trouve 1 sur 83.

Naegele 1 sur 68.

En Angleterre, on a relaté les chiffres suivants :

Dervers, Arnell et Moore.	35,000	accouch.	200	jumeaux	$=\frac{1}{175}$
Merriman.	1,813	»	22	»	$=\frac{1}{82}$
Collins	129,172	»	2062	»	$=\frac{1}{62}$
Igleby	6,583	»	85	»	$=\frac{1}{77}$
Ramsbotham	48,996	»	536	»	$=\frac{1}{91}$
Burns et Clarke (Irlande). .	—	»	—	»	$=\frac{1}{58}$
Churchill.	—	»	—	»	$=\frac{1}{68}$

En France, les proportions sont constatées ainsi :

Baudelocque, Me Boivin . .	20,357	accouch.	154	jumeaux	$=\frac{1}{132}$
Me Lachapelle.	37,895	»	444	»	$=\frac{1}{85}$
Hôtel-Dieu (1829).	280	»	4	»	$=\frac{1}{70}$
Depaul (thèse Lebel, 1869).	14,333	»	140	»	$=\frac{1}{102}$
Clinique de Bordeaux . . .	3,582	»	41	»	$=\frac{1}{87}$

C'est en réunissant des statistiques ainsi obtenues d'une façon générale dans les divers pays que P. Dubois était arrivé aux conclusions suivantes, rapportées par M. le professeur Depaul, dans ses leçons sur la grossesse gémellaire (1) : « On rencontre un accouchement multiple sur 78 « accouchements.

« Dans la Grande-Bretagne, les grossesses doubles se- « raient aux autres dans le rapport de 1 à 63 environ.

« En Allemagne, de 1 à 84.

1. J. A. M. Depaul : *Leçons de clinique obstétricale*, 1876, p. 197.

« En France ce rapport serait comme 1 à 92. Il est « donc permis de conclure de cet exposé, comme l'avait « fait M. Dubois, que les conditions organiques qui favo- « risent les grossesses multiples sont plus communes dans « la Grande-Bretagne qu'en France et en Allemagne et « qu'elles sont plus communes encore dans cette dernière « contrée que dans la nôtre. »

Quelque intéressant que soit le résultat ainsi obtenu d'emblée, il m'a paru utile d'en approfondir un peu l'étude et de rechercher à quelles influences on pourrait le rattacher.

Les auteurs les plus anciens avaient déjà remarqué que le nombre des grossesses gémellaires semblait tenir à des conditions dont la réalisation ne se trouvait pas partout, également fréquente, et Pline croyait avoir découvert entre la chaleur d'un climat et le nombre des conceptions multiples une relation évidente. Telle était anciennement la seule remarque faite à ce sujet. Dans les ouvrages modernes, l'influence de la température est encore à peu près la seule reconnue. Seulement, c'est en sens contraire de l'opinion de Pline. Voici en effet ce que l'on trouve dans la thèse du Dr Pâris (1) : « La fréquence des grossesses gémellaires « suit la loi ordinaire de proportion des grossesses selon les « différents climats, loi qui veut que la fécondité diminue « à mesure qu'on s'avance des pôles vers l'équateur. « Ainsi en Ecosse, en Irlande, dans les îles Orcades, selon « Martyn et Blumenbach ; en Suède, au rapport de Rud- « bech ; dans le Nord de l'Angleterre suivant Thornsby, on

1. Pâris. *Des grossesses multiples. Thèse Paris* 1860.

« voit beaucoup de femmes enfanter des jumeaux. Dans les « Indes Orientales, au contraire, les jumeaux sont excessi- « vement rares suivant les recherches de Daklemans. Le « froid excessif a la même influence que la chaleur et « s'oppose à la fécondation ; aussi, on ne voit presque ja- « mais de jumeaux, chez les Lapons et les Groënlandais. » Devant des affirmations contraires, il est permis d'hésiter et de se demander si la vraie raison se trouve bien dans les conditions admises de part et d'autre ou si plutôt elle n'existe pas ailleurs.

Il était difficile autrefois que des observations, au sujet de ces influences, fussent réunies avec quelque profit. Maintenant que des études démographiques sérieuses sont entreprises d'une façon presqu'universelle, maintenant que l'utilité de l'anthropologie se démontre chaque jour, il est permis d'espérer que des vérités nouvelles seront produites et des erreurs anciennes redressées.

J'ai dirigé mes recherches dans cette voie et parcouru les bulletins de la Société d'anthropologie ainsi qu'un certain nombre d'articles remarquables insérés par M. Bertillon dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. — Un premier fait nous est acquis, c'est que l'influence du climat paraît nulle au point de vue de la production des grossesses doubles. En France, par exemple et en Belgique, le nombre des grossesses gémellaires est moindre que dans les pays du Nord ou qu'en Autriche et en Italie. — Citons à ce sujet quelques chiffres intéressants (1).

1. Article Natalité, *Dre encycl.* Bertillon, page 480.

Fréquence des grossesses gémellaires.

France	9,9 pour 1000 grossesses simples.
Belgique	9,7
Italie	11,4
Prusse	12,5
Norwège	12,5
Hongrie	13
Hollande	13,1
Danemark	14,2
Suède	14,5
Finlande	14,9

On voit, d'après ce tableau, que la latitude influe peu. Les résultats qui y sont consignés expriment des moyennes obtenues pendant quinze années consécutives et ayant présenté une fixité remarquable.

Comment les expliquer maintenant? Il est excessivement probable, et il faut, pour le moment, s'arrêter à l'opinion des anthropologistes disant : « que la fécondité relative doit présenter de grandes variations, selon l'origine ethnique des habitants des localités observées (1) ». Les chiffres donnés plus haut confirment cette idée.

La France, l'Italie viennent à la fin de la liste avec le nombre le plus faible, tandis qu'en tête, se trouvent les peuples du Nord avec un chiffre très-élevé, les Allemands présentant une fréquence intermédiaire dans la production

1. Lagneau. — *Ethnologie de la France. Bullet. Société anthropologie* 1861. Bertillon. *Bullet. Soc. anthr.*, 2 avril 1874. Article Natalité, *Dictionn. encycl.*, etc.

des grossesses gémellaires. La Hongrie semble offrir une irrégularité notable puisqu'elle présente un nombre égal à celui des nations du Nord, mais, suivant la remarque de M. Bertillon, cette particularité s'explique par ce fait que la Hongrie est une nation de langue ouralo-altaïque, ainsi que la Finlande, pays dans lequel la gémellité est la plus fréquente.

L'influence ethnique ne semble donc pas devoir être niée. Mais est-il possible d'aller plus loin encore, et de rechercher à quelles conditions, inhérentes aux divers groupes ethniques, doit se rapporter la prédisposition que nous étudions ? Une de ces conditions admise est celle de la taille dont l'importance, comme caractère anthropologique, est bien reconnue. Une étude fort intéressante a été faite à ce sujet par M. Michel Tchouriloff (1). « Les plus grands, dit-il, paraissent plus aptes aux grossesses doubles. La taille et la gémellité semblent croître et décroître ensemble. »

M. Puech, de Nîmes (2), termine aussi son travail sur la répétition des accouchements multiples, par la conclusion suivante :

« L'existence d'ovaires plus développés, à fonctions « plus énergiques, paraît être l'attribut des femmes sujettes « à de fréquentes grossesses multiples. C'est du moins la « conséquence logique qu'il est permis de déduire de mes « recherches, tant d'anatomie humaine que d'anatomie « comparée. »

La taille grande et le développement plus considérable

1. *Bulletins Société anthrop.* 1877.

2. Puech, de Nîmes : *Sur la répétition des accouchements multiples*, 1877.

des ovaires sont reconnus par les auteurs comme causes prédisposantes des grossesses gémellaires.

M. Tchouriloff, en classant les départements de France selon la proportion de leurs grossesses doubles comparée à l'ensemble des grossesses, a obtenu huit groupes, dans lesquels je choisis seulement les départements suivants :

1° Six grossesses doubles sur mille : Charente.

2° Sept à huit grossesses doubles sur mille : Dordogne, Gironde, Corrèze, Aude etc.

3° Huit à neuf grossesses doubles sur mille : Haute-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Cantal, Hautes-Pyrénées, Gers, Lot, etc.

4° Neuf à dix grossesses doubles sur mille : Calvados, Seine-Oise, Seine, Lot-et-Garonne, Ille-et-Vilaine, Tarn, Loire-Inférieure, Ariège, etc.

5° Dix à onze grossesses doubles sur mille : Tarn-et-Garonne, Charente-Inférieure, Aveyron, Finistère, Landes, Seine-Inférieure, etc.

6° Onze à douze grossesses doubles sur mille : Côtes-du-Nord, Morbihan.

7° Douze à treize grossesses doubles sur mille : Déparments du nord-est, Haute-Savoie.

8° Treize à quatorze grossesses doubles sur mille : Vendée et Savoie.

Ce travail fait, M. Tchouriloff a trouvé un rapport manifeste avec le nombre des exemptés pour défaut de taille, démontrant que les départements où la stature se trouve la plus élevée sont aus si, d'une façon géérale ceux dans lesquels les grossesses gémellaires sont plus fréquentes.

La question des origines ethniques des populations dans les diverses parties du territoire français n'est pas encore suffisamment élucidée : aussi, les renseignements pouvant se rapporter à ce sujet présenteront toujours quelque intérêt. C'est à ce titre que je cite les notes suivantes tirées de l'analyse des bulletins de la Clinique de Bordeaux. La grande majorité des femmes venant accoucher à l'hôpital Saint-André, sont originaires du département même de la Gironde ou des départements voisins, il est donc possible de les grouper en un certain nombre de catégories au point de vue ethnique et de comparer ces groupes entre eux relativement à la fréquence des grossesses multiples. Ce travail nous amène à constater des résultats intéressants, bien qu'ils reposent sur un nombre d'observations peut-être trop peu considérable.

Parmi les 3582 femmes accouchées dans le service, 736 étaient nées dans le département de la Gironde : elles ont présenté 6 accouchements de jumeaux. Le département des Basses-Pyrénées en a envoyé 551 parmi lesquelles on a observé 10 accouchements doubles, se répartissant également entre les femmes du Béarn et du pays basque. — La Dordogne en fournit 4 sur 306. — Parmi 360 femmes venues du département des Landes 2 seulement ont donné le jour à des jumeaux. — La Charente et la Charente-Inférieure ont fourni 5 cas de grossesse double sur un nombre de 207 femmes. Par suite de relations commerciales et maritimes, la Bretagne fournit un certain contingent, et nous offre un dernier groupe de 70 femmes ayant présenté 3 cas de grossesse double.

Revenant sur ces derniers résultats, nous allons voir qu'ils confirment ceux obtenus par M. Tchouriloff.

Voici le tableau comparatif du rapport des grossesses doubles observées dans les deux cas.

			Tchouriloff.
Landes	environ	0,5 0/0	1 0/0
Gironde	—	0,9 0/0	0,9 0/0
Dordogne	—	1,5 0/0	0,9 0/0
Basses-Pyrénées . .	—	2 0/0	0,9 0/0
Charente-Inférieure .	—	2,5 0/0	1,1 0/0
Bretagne.	—	3,3 0/0	1,3 0/0

De la comparaison de ces chiffres il résulte : 1° que (sauf pour le département des Landes), la progression de la fréquence se trouve être la même dans les deux séries ; 2° que la proportion absolue, relativement au nombre des grossesses, est plus considérable dans notre statistique. — Mais il faut songer que la première a été faite sur le nombre total des accouchements comptés dans les départements signalés, tandis que la nôtre a été prise dans un hôpital.

Le résultat signalé n'en est pas moins curieux.

Il paraît donc évident que la production des grossesses gémellaires varie chez les races principales d'Europe. La fréquence de ce phénomène diffère même dans chaque pays suivant les groupes ethniques particuliers qui composent la nation entière. Nous avons en effet retrouvé des différences sensibles et constantes pour les divers départements sur lesquels ont porté nos investigations. Les résultats spéciaux que nous avons obtenus concordent avec ceux présentés à la Société d'Anthropologie, aussi nous croyons que

des recherches faites pour chacune des régions de la France confirmeraient ce fait intéressant, à savoir l'influence des conditions ethniques sur la production des grossesses gémellaires.

A côté de cette influence, nous signalerons comme s'y rattachant peut-être, l'hérédité.

Lebel (1), sur 140 faits réunis à la Clinique de Paris, a trouvé 13 exemples d'hérédité manifeste et il cite sous ce rapport un cas des plus curieux qui s'est passé sous ses yeux. Une femme de 24 ans, jumelle, accoucha de deux enfants : sa mère avait eu deux grossesses doubles et sa grand-mère trois.

Le Dr Constant Leroy (2) cite l'exemple suivant : Mme X..., jumelle, a eu sept enfants en trois couches. Une sœur de son père a une fille qui a donné naissance en une seule couche à quatre enfants. Ce père était lui-même jumeau. On ne trouve rien dans la génération précédente, mais la bisaïeule de Mme X... était aussi jumelle. On voit donc, en partant de cette bisaïeule jumelle, la prédisposition sauter une génération, puis l'hérédité se manifester, d'abord par l'homme, ensuite par la femme.

Parmi les observations que nous rapportons nous-même, il en est une intéressante à ce sujet. Nous y voyons (obs. XXXIX) l'hérédité se manifester de la façon suivante : la femme accouche de deux jumeaux ; sa propre mère ayant eu trois grossesses triples successives, plus quatre grossesses simples.

1. Lebel, *Thèse de Paris*, 1869.
2. C. Leroy, *Thèse de Paris*, 1872.

L'influence du père sur la production de la grossesse gémellaire doit-elle être admise comme le veulent beaucoup d'auteurs ? Le fait raconté par Ménage, l'auteur littéraire (1) et ayant trait à un bourgeois de Paris qui eut de sa femme vingt-un enfants en sept années et qui, ayant abusé d'une servante, la rendit aussi mère de trois enfants, ne nous paraît pas avoir une grande valeur scientifique.

D'autres exemples analogues ont été signalés, surtout à l'étranger, je ne les rapporterai pas ; je me borne à citer le fait suivant dont M. Leroy (2) garantit l'authenticité. Quatre frères ont chacun des enfants jumeaux : trois d'entre eux en ont deux et le quatrième quatre. Mais, aucune remarque n'étant faite au sujet des mères, l'observation perd de son intérêt, et il nous semble que la solution de la question de l'influence paternelle dans la grossesse double doit au moins être remise.

Quant à l'âge, les auteurs sont unanimes à reconnaître que le plus grand nombre des accouchements gémellaires s'observe de 24 à 35 ans. Nos résultats ont été les mêmes : nous avons trouvé le plus souvent de 24 à 32 ans. Mais il faut remarquer que cette période d'âge ne correspond pas, dans les Maternités, à l'âge du plus grand nombre des femmes qui y sont reçues. Ainsi nous avons compté beaucoup plus de femmes âgées de 18 à 23 ans que de 24 à 32 et cependant la majorité des cas de grossesse gémellaire se trouve dans cette dernière période ; on a donc raison de dire que la grossesse double s'observe surtout dans la

1. Voir Depaul, *loc. cit.* p. 198.
2. Leroy, *loc. cit.*

seconde moitié de la vie génésique de la femme et que la grande jeunesse doit être considérée comme une cause non prédisposante.

A côté de l'âge, ou plutôt en rapport avec lui, il faut placer l'état de primiparité ou de multiparité de la femme. Cette dernière condition est généralement admise comme augmentant les chances de gestation double. Ainsi, Collins de Dublin a trouvé sur 240 cas, 168 multipares et 72 primipares ; M. Lebel 89 multipares et 51 primipares ; nous trouvons dans notre relevé 25 multipares pour 16 primipares. Et cependant tous ces chiffres sont obtenus dans des services où le nombre des primipares domine toujours. Ce rapport est encore vrai et semble même s'exagérer si on porte les recherches sur une clientèle particulière ou sur la population d'une ville, comme l'a fait M. Puech. Ce médecin a constaté une proportion d'une primipare pour cinq multipares, et même de une pour sept, dans la ville de Nîmes. Ainsi donc, la grossesse double est plus fréquente chez la femme multipare et arrivée au complet développement des fonctions génitales.

En recherchant si l'état civil pouvait offrir quelque donnée intéressante, voici ce que nous avons constaté : alors que, dans les grossesses simples, le rapport du nombre des femmes mariées à celui des célibataires est, pour la population nosocomiale, de 1 à 6, dans les grossesses doubles, ce rapport devient de 1 à 3. Cette différence ne serait-elle pas due à ce fait qu'on rencontre dans les services hospitaliers une proportion plus grande de multipares mariées ; et surtout de multipares parvenues à l'âge de 25 à 30 ans, qui est celui où les grossesses doubles prédominent ?

Nous signalerons encore certaines particularités auxquelles les auteurs ont voulu accorder une influence marquée dans la production du phénomène de la grossesse composée.

Ainsi, tandis que les uns ont regardé la misère dans laquelle vivent certaines populations, comme une cause prédisposante efficace, les autres, au contraire, ont vu dans l'aisance générale d'un pays une cause très-favorable à la fréquence des conceptions gémellaires. Les premiers ont appuyé leur opinion sur l'exemple de l'Irlande, les seconds (1) apportent des statistiques, faites avec soin, dans les différentes provinces de Belgique et prouvant que le nombre des grossesses doubles augmente avec le bien-être des localités. Nous croyons que tous sont dans l'erreur, du moins pour l'explication du fait qu'ils ont constaté, et que cette fréquence dans la production des grossesses doubles, pour les pays où les recherches ont été faites doit être, non pas attribuée à la misère ou à l'aisance, (car alors ces deux conditions, absolument opposées, amèneraient un résultat semblable), mais bien plutôt aux conditions ethniques qui ont déjà été signalées.

Dans le but d'approfondir l'étude de ces influences ethniques encore trop peu connues, il serait utile d'avoir des renseignements précis sur la constitution des femmes qui présentent des accouchements gémellaires, sur leur menstruation, etc. Nous avons essayé de rassembler quelques données à ce sujet parmi les observations que nous avons recueillies et que nous citons à la fin de notre thèse. Sur quarante et un cas, cinq fois on a reconnu que la

1. Leroy, *loc. cit.*

femme était d'une grande faiblesse et d'une santé habituelle mauvaise ; dix fois, au contraire, les femmes étaient grandes et très-vigoureuses ; dans les vingt-six autres cas, il n'y avait rien de particulier à noter.

Au point de vue de la menstruation, nous avons des renseignements pour treize cas :

1 femme réglée à 12 ans	pendant 8 jours.	Dép. Creuse	
4 femmes réglées à 15 ans	2 pendant 8 jours.	Dép. B.-Pyrénées	
	1 pendant 3 jours.	Dép. B.-Pyrénées	
	1 pendant 3 jours.	Dép. Finistère	
3 femmes réglées à 16 ans	1 pendant 8 jours.	Dép. H.-Pyrénées	
	1 pendant 4 jours.	Dép. Gironde	
	1 pendant 2 jours.	Dép. Landes	
2 femmes réglées à 17 ans	pendant 5 jours.	Dép. Landes Espagne	
1 femme réglée à 18 ans	pendent 5 jours.	Dép. Dordogne	
2 femmes réglées à 19 ans	1 pendant 8 jours.	(Ile-de-Ré)	
	1 pendant 3 jours.	Dép. B.-Pyrénées	

1 femme était très-mal et peu abondamment réglée.

D'une façon générale, et même en tenant compte du retard dans l'apparition de la menstruation que l'on observe ordinairement dans les pays de montagne et sur le littoral, il semble résulter de ces quelques faits, que chez les femmes ayant présenté des grossesses gémellaires, la menstruation est survenue un peu plus tard que de coutume. Quant à la durée de l'écoulement, elle paraît être plutôt longue, puisque sur treize observations, nous trouvons cinq fois une période de 8 jours.

Un autre fait relatif à la menstruation serait fort intéressant à élucider, c'est celui de la persistance des règles au début de la grossesse. Mais on sait combien est rare la

véritable menstruation avec ovulation, une fois la grossesse commencée, et il est difficile de tenir compte des renseignements fournis par la femme à cet égard. Celle qui fait le sujet de notre observation XXXIX avait chaque mois un écoulement sanguin régulier, et se croyait encore réglée, bien qu'elle fût à huit mois et demi de sa grossesse gémellaire. En l'examinant, nous avons constaté sur les lèvres du col congestionné, deux îlots de granulations et une surface ulcérée expliquant la production des hémorrhagies qui se montraient. Il est donc difficile d'être fixé à l'égard de la persistance des règles, ce qui pourtant aurait un intérêt spécial au point de vue de la superfécondation ou de la superfétation dont nous parlerons plus loin.

Enfin, pour compléter l'énumération des diverses particularités de physiologie générale, il faut signaler la répétition des grossesses doubles chez la même femme. L'étude en a surtout été faite par M. Puech dans un mémoire de 1877. Voici ce qu'il en dit : « Pour 1262 accouchements « multiples, quarante-huit fois il y eut répétition des « accouchements gémellaires chez la même femme. »

« La répétition a été tantôt immédiate, tantôt interrom- « pue par des accouchements simples.

« L'hérédité ne paraît pas avoir, dans la production du « phénomène, une influence bien marquée, puisqu'une « seule des mères était jumelle ; la plupart appartenaient « toutefois à des familles remarquables par leur extrême « fécondité. »

« L'intervalle qui a séparé les deux couches a été au « minimum de 327 jours et au maximum de 18 ans. « Voici, du reste, un relevé ; 4 fois la période intercalaire

« a été au-dessous d'un an et 13 fois au-dessous de 2 ans.

« De 2 à 4 ans, il y a eu onze cas, et un même nombre « de 4 à 6 ans, soit 39 cas de onze mois à six ans. Au « contraire, de 6 à 10 ans, 10 exemples seulement en « ont été observés et 5 de la période comprise entre 10 et « 18 ans.

« Il ressort en conséquence, de ce dépouillement minu- « tieux que plus on s'éloigne du premier accouchement, « moins on est exposé à voir se reproduire le phénomène « en question...

« Répétition de grossesse triple.

« Je citerai le cas de Medicus (*Neve zeitschrift f.* « *Geburtsk*, tome XII p. 161). — Chez cette femme, après « quatre accouchements simples, il y eut deux accouche- « ments triples à 18 mois d'intervalle. La répétition triple « est déjà beaucoup moins fréquente puisque sur 1262 « accouchements multiples il en a été recueilli deux cas « seulement. Dugès a vu une femme qui, en 3 couches, « mit au monde 7 enfants.

« Observation citée par Puech (extraite du *Journal de* « *la société pratique* de Montpellier, tome XI, page 380) : « Une femme accouche le 24 février 1834 deux filles
16 mars 1840 deux garçons.
28 déc. 1841 trois filles.
8 mars 1843 garçon et fille.
7 février 1845 un garçon.

« Cas de Gaspard Dorlan (observations rares de méde- « cine 1769) :

« Une paysanne premier accouchement 1 enfant.
deuxième — 2 enfants.
troisième — 2 —
quatrième — 3 —
cinquième — 2 —
sixième — 1 enfant.

« Kœhler (*Starks arch. f. Geburts*, tome II, 2me partie), « femme de 29 ans, après quatre couches simples a eu « ensuite quatre couches gémellaires dont chaque fois l'un « des enfants était mal conformé.

« Brittain Lewis a présenté à la Société obstétricale « d'Édimbourg un cas de onze accouchements doubles et « trois accouchements simples intercalés. »

La proportion dans laquelle s'observerait le phénomène de la répétition serait la suivante, d'après les chiffres de M. Puech. Sur 26 femmes accouchant de jumeaux, il y en aurait une qui devrait présenter cette répétition : parmi les observations que je cite, le fait est constaté bien plus souvent : c'est une fois sur dix au lieu d'une fois sur vingt-six (obs. II, XII, XXXVI, XL) (1). Le phénomène me paraît donc être un peu plus fréquent que ne l'a trouvé M. Puech, mais il faut cependant songer que les femmes ayant déjà eu un accouchement gémellaire et craignant une récidive, viennent plus volontiers à l'hôpital où elles trouvent des soins et un secours pécuniaire assurés.

Citons, pour terminer les considérations physiologiques générales, les conclusions auxquelles est arrivé Matthews

1. Chez une de ces femmes la répétition a été observée trois fois.

Duncan (1) et qu'il appelle : « lois de la production des grossesses gémellaires. » En voici la traduction.

1° Le plus grand nombre de grossesses doubles se rencontre chez les femmes de 25 à 29 ans ; avant et après cette limite d'âge, il y a une diminution croissante dans le nombre des grossesses doubles, en rapport avec la diminution de l'âge d'un côté et son accroissement de l'autre.

2° Les grossesses doubles ne sont pas régulièrement distribuées au milieu des grossesses en général. Leur production par conséquent n'est pas soumise aux mêmes lois que celles qui gouvernent la fertilité ordinaire.

3° L'âge moyen des femmes accouchant de jumeaux est plus avancé que celui des mères en général.

4° Les grossesses doubles augmentent de fréquence à mesure que les femmes deviennent plus âgées ; ce qui forme un contraste frappant avec la fécondité prise pour les femmes en général (non pour les mères), fécondité qui diminue à mesure que l'âge augmente.

5° Les femmes récemment mariées sont plus disposées à avoir des jumeaux que celles qui le sont depuis longtemps.

6° Alors que la fécondité (pour les grossesses simples) augmente avec l'âge jusqu'à 25 ans, et diminue ensuite graduellement, il y a une grande probabilité pour que le contraire soit vrai lorsqu'on ne considère que la grossesse double, la fertilité en jumeaux devenant plus grande à mesure que la fertilité ordinaire devient moindre et vice versa.

7° Sur une masse donnée de femmes, le nombre des

1. Matthews Duncan. — On some laws of the production of twins. — (*Edinburg med. journ.* vol X. 1865. p. 767).

grossesses doubles décroit à mesure que le nombre des grossesses augmente.

8° Le nombre des jumeaux relativement au nombre des enfants nés dans les différentes grossesses (chez une même femme) augmente avec le nombre des grossesses.

En d'autres termes, une femme est plus exposée à avoir des jumeaux, dans chaque grossesse successive, que dans la première. La première grossesse toutefois forme une exception à cette règle.

Le tableau suivant, extrait du travail de M. Duncan, montre le nombre réel et le nombre comparatif des naissances doubles dans le premier accouchement et dans les suivants :

Nombre des accouchements	Nombre des enfants	Nombre des jumeaux	Rapport pour 100 du dernier nombre au 1er
Premier accouchement.	3722	45	1,21
Deuxième —	2893	19	0,66
Troisième —	2534	24	0,94
Quatrième —	1982	19	0,96
Cinquième —	1543	19	1,23
Sixième —	1221	18	1,47
Septième —	848	17	2,00
Huitième —	641	14	2,18
Neuvième —	425	14	3,29
Dixième —	222	3	1,35
Onzième —	152	2	1,31
Douzième —	61	3	4,92
Treizième —	34	»	»
Quatorzième —	11	»	»
Quinzième —	6	»	»
Seizième —	2	1	50,00

9° Pour chaque femme, la grossesse double est, au

moment où elle se produit, un signe de grande fertilité. Sur un groupe de femmes, elle indique aussi une proportion plus grande de fertilité, au moins jusqu'au moment de la naissance des jumeaux.

10° Il est probable, mais non prouvé, que les femmes à grossesses doubles ont un plus grand nombre d'enfants que celles qui ont toujours des grossesses simples.

Passons maintenant à l'étude des conditions anatomiques :

1° Deux ovules distincts sont fécondés en même temps ou à peu de temps l'un de l'autre ;

2° Deux ovules contenus dans une même vésicule de de Graaf sont fécondés en même temps ;

3° Un ovule est double, c'est-à-dire contient deux vitellus et est, par conséquent, apte à produire deux germes à la suite d'une fécondation unique.

Telles sont les conditions dans lesquelles se produit la grossesse double.

L'examen des ovaires permet de constater que les deux corps jaunes sont tantôt sur le même ovaire, et que tantôt il s'en trouve un sur chacun d'eux.

Ce dernier cas est toutefois très-rare « M. le professeur Depaul, ne l'a jamais rencontré dans les autopsies assez nombreuses qu'il a faites (1). »

Jacquemier (2) cite, au contraire, une observation de Gendrin dans laquelle les deux ovaires présentaient en même temps une déchirure récente.

1. Depaul. *Loc. cit.*, p. 200.
2. Jacquemier. *Manuel d'accouchement.*

Le plus ordinairement, c'est d'un seul ovaire que provient les deux ovules développés (1).

La présence de deux ovules dans la même vésicule arrivée à maturation est un fait acquis à la science. Bischoff le premier l'a observé.

Un ovule peut contenir deux vésicules germinatives. M. Davaine en a cité un certain nombre d'exemples (Soc. de biologie, déc. 1860).

Suivant ces diverses origines, nous trouverons des dispositions spéciales du côté du placenta et des membranes.

Ajoutons que la présence d'un seul ovaire est suffisante pour la production de la grossesse multiple, avec toutes ses particularités habituelles. Ainsi, Everard Home rapporte un cas de grossesse gémellaire, *fille et garçon*, avec absence de l'ovaire gauche (*Mem. of the Med Society of London*, 24 septembre 1787). Jacquemier cite une observation de Granville d'une femme n'ayant qu'un seul ovaire.

Les cas de grossesse gémellaire, à la suite d'ovariotomie, sont une preuve de la vérité du même fait.

M. Kœberlé (2) écrit ce qui suit :

« Emiliani (de Faenza) opéra, en 1815, une jeune « femme âgée de 26 ans (ablation d'un ovaire dégénéré), « qui eut une grossesse gémellaire l'année suivante, et puis « quatre autres grossesses à terme. Une autre Italienne, « opérée par Marzolo, de Padoue, en 1871, eut également « une grossesse gémellaire d'une fille et d'un garçon. Ma

1. P. Dubois, *Leçons publiées dans la Gaz. des Hôpit.*, 1843. Danyau, Depaul, Jacquemier, etc.

2. Kœberlé, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Art. *Ovaires*.

« première opérée de 1862, qui n'avait pas eu d'enfants « depuis son mariage, en a eu sept après l'opération dont « deux jumeaux de sexe différent. Un grand nombre « d'autres opérées ont eu également, depuis l'ovariotomie, « un ou plusieurs enfants. »

Des faits identiques ont été encore publiés par MM. Fergasson et Cholmondeley (1), par M. Ollier, d'Orléans (2), etc.

Selon l'origine et même selon la constitution des ovules, les membranes, les placentas présentent des dispositions variées. Ainsi :

1° Chaque fœtus a son œuf entier. L'observation suivante de M. Velpeau est complète : sur un œuf double d'environ trois mois, il a été possible de retrouver non-seulement le chorion, l'amnios et le placenta, mais encore la vésicule ombilicale de chaque fœtus, quoique les deux ovules se fussent adossés pour former la cloison intermédiaire (3).

« 2° Les deux enfants peuvent encore être contenus « dans deux œufs distincts, quoique incomplets et l'on « rencontre alors deux amnios enveloppés dans un seul « chorion et dans une seule caduque.

« 3° Enfin, l'on observe, quoique beaucoup plus rare- « ment, les deux enfants contenus dans un seul œuf « complet. Le plus généralement les placentas sont adhé- « rents l'un à l'autre et cela s'observe même lorsque « chaque œuf est complet ou bien ils forment deux masses

1. *The Lancet*, 17 mars 1866.
2. *Gazette des Hôpitaux*, 1872, page 1140.
3. Velpeau, *Traité d'accouchements*.

« parfaitement distinctes. Dans la troisième disposition les « placentas sont toujours confondus.

« Quand les masses placentaires sont distinctes il est « clair que la circulation des deux fœtus est indépendante ; « mais si les placentas sont adhérents il peut arriver qu'il « y ait communauté de circulation (1). »

Généralement, la communication n'a pas lieu entre les extrémités capillaires, mais entre les grosses branches vasculaires de la surface fœtale du placenta. Il peut même y avoir communication entre les deux cordons et dépendance de leur système circulatoire ainsi que l'a remarqué M. Blot.

« Sur un délivre de grossesse gémellaire on constate « la disposition suivante : deux cavités séparées par une « cloison formée des deux amnios. Les vaisseaux s'anasto- « mosent : il y a communication entre les deux cordons. « En outre, on voit, sur cette pièce, une large tache jaune « située sous le chorion, tache formée par une petite poche « contenant un peu de sérosité sanguinolente, ayant pour « fond un dépôt fibrineux et résultant d'un ancien foyer « hémorrhagique (2). »

« Dans des cas très-rares, les germes provenant du même « œuf, il arrive que les vaisseaux ombilicaux des deux « fœtus, à une certaine distance du placenta, sont recou- « verts par le même amnios, si bien qu'un cordon simple « partant du placenta se divise, seulement plus tard, et « possède de doubles vaisseaux (3). »

1. Depaul. *loc cit.*

2. Blot. — *Société anatomique*, janvier 1858.

3. Schröder. — *Manuel d'accouchements*, traduit par Charpentier 1875.

M. Spaeth (1) a fait des recherches étendues sur ce sujet et voici les résultats qu'il a obtenus, sur 126 observations.

« 49	fois	2	placentas	distincts	2	chorions	2	amnios
« 46	—	2	placentas	soudés	2	chorions	2	amnios
« 28	—	2	placentas	soudés	1	seul chorion	2	amnios
« 2	—	2	placentas	soudés	1	seul chorion	1	seul amnios.

« Dans les cas où les placentas étaient soudés, la ligne « suivant laquelle la fusion s'était opérée, était souvent « indiquée par une dépression manifeste à leur face con- « cave et par des dépôts fibrineux peu abondants, et cette « ligne de démarcation se retrouvait même dans des cas « où, les placentas étant confondus, le chorion était unique « et lorsqu'il existait des communications vasculaires évi- « dentes entre les deux placentas sur leur face fœtale.

« Dans aucun des cas où le chorion était unique il ne « présentait le plus léger indice qui permît d'admettre « qu'il s'était formé par la fusion de deux chorions pri- « mitivement distincts. Au niveau de la ligne qui séparait « les deux amnios, le chorion était toujours parfaitement « lisse et uni et ne présentait jamais ni épaississement ni « dépression ou étranglement.

« Dans les cas où il y avait deux chorions distincts et « où les placentas étaient soudés, leurs vaisseaux étaient « toujours indépendants et ne présentaient jamais d'anas- « tomoses.

« Les communications vasculaires entre les deux placentas « existaient au contraire dans les deux cas où l'amnios était « unique, et elles existaient également dans 17 des 28 cas

1. Spaeth. — *Zeitschrift der Gesellschaft arzte zu Vienn* 1860.

« dans lesquels un chorion unique enveloppait deux amnios « distincts. Ces anastomoses se faisaient toujours par des « branches assez volumineuses situées très-superficiellement « à la face interne du placenta. On les a constatées dans « tous les cas dont il s'agit, par des injections directes. « Au reste, ces anastomoses se font soit de veine à veine, « soit de veine à artère.

« Dans un cas, M. Spaeth a même noté une anasto- « mose entre une artère de l'un des fœtus et une veine de « l'autre. »

Les cordons des fœtus présentent les diverses variétés d'insertion et je citerai le fait remarquable observé par mon maître, M. le professeur Moussous, et présenté le 29 juin 1875 à l'Académie de Médecine, par M. Depaul. Il s'agissait d'une grossesse trigémellaire. Les trois variétés d'insertion centrale, marginale et velamentosa étaient parfaitement nettes ; il y avait trois amnios, un seul chorion : une grande et une petite anastomose établissaient entre les vaisseaux des trois cordons des communications manifestes.

Les détails anatomo-physiologiques que nous avons brièvement rapportés, permettent de s'expliquer un certain nombre de phénomènes curieux observés dans le cours des grossesses doubles ; leur connaissance a même quelquefois une utilité pratique comme nous allons le voir.

D'abord, l'un des fœtus peut mourir, sans que l'autre présente le moindre trouble dans son développement. Cruveilhier, par de nombreuses communications à la Société anatomique et dans son Anatomie pathologique, l'a parfaitement expliqué. « J'ai fait représenter, dit-il, un cas de « grossesse double avec placenta unique qui met parfaitement

« en relief l'atrophie du placenta. L'un des fœtus, très-
« bien conformé, avait le développement d'un fœtus de six
« mois, l'autre qui paraissait n'avoir pas plus de deux mois
« et demi à trois mois, était dans un état de dessiccation
« complet et aplati sur lui-même d'un côté à l'autre, à la
« manière d'un petit bonhomme de pain d'épice. Le pla-
« centa unique appartenant aux deux fœtus était divisé en
« deux parties bien distinctes : l'une saine qui répondait
« au cordon ombilical du fœtus sain, l'autre atrophiée qui
« répondait au cordon ombilical du fœtus desséché. Celle-
« ci, qui était réduite à un très-petit volume dans toutes
« ses dimensions, et dont l'épaisseur était à peine le quart
« de la portion saine, présentait un tissu jaunâtre, com-
« pacte, comme desséché, d'apparence tuberculeuse. La
« surface utérine était comme cicatrisée et il était évi-
« dent que, depuis longtemps, toute adhérence entre elle
« et la surface interne de l'utérus avait été détruite. De
« très-petits foyers de sang concret se voyaient ça et là dans
« son épaisseur.

« Chaque cotylédon étant indépendant, quant à la circu-
« lation des cotylédons voisins, on conçoit comment un co-
« tylédon puisse être atrophié à côté d'autres sains (1). »

Thebesius, Peu, Portal, Burton (XXVe observation) ; Mauriceau, Alfon, Sultzer, Pezerat, Desormeaux, Marye (*Arch. de médecine*, 1830), de Méza (*Arch. méd.*, 1830), Geoffroy Saint-Hilaire (*Acad. Sciences*, 1836), Ménard (*Annales de la Chirurg. franç. et étrang.*, 1841), Jackson de Philadelphie ont cité des faits dans lesquels l'un des

1. Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, tome 3, page 363.

fœtus était mort depuis plus ou moins longtemps au moment de la naissance du second.

On en trouve encore de nombreux exemples réunis par M. Depaul (1), Beraud (2), Charrier (3), Dupoux, Lassalle, Horand (4), Golay (5), James Stothard (6). Récemment encore (21 mars 1879), MM. Demons et Lande, professeurs agrégés à la Faculté de Bordeaux, en rapportaient deux observations à la Société de médecine.

L'exemple qui suit est intéressant à cause du mécanisme par lequel a été produite la mort d'un des fœtus. Au cordon ombilical de l'enfant macéré, à une distance de un pouce de l'ombilic, siégeait une sténose de la veine : les deux artères étaient perméables ; à cet endroit, le cordon lui-même était comme étranglé. Il y avait oblitération complète de la veine (Extrait du *Journal de méd. de Prague*, par le Dr Chatelier, 1868).

Quelquefois le moment où l'un des fœtus a dû mourir est reconnu au moment de l'accouchement. La femme se rappelle avoir fait à une certaine époque de sa grossesse, correspondant à l'âge du produit retrouvé, soit une chute, soit un effort violent qui ont quelquefois amené une légère hémorrhagie. Moreau cite un cas où la femme éprouva une forte secousse à deux mois de la grossesse ; perdant du sang, elle fit appeler son accoucheur qui pratiqua

1. *Bulletins Société anatomique*, 1851.
2. *Société de biologie*, 1856.
3. *Société anatomique*, 1858.
4. *Société sciences méd. de Lyon*, 1866-67.
5. *Société anatomique*, 1875.
6. *Transact. of the obstet. Societ. of London*, vol. 18, 1876, p. 21.

une saignée et prescrivit le repos. Huit mois après, la femme se délivra d'un fœtus à terme et d'un autre ayant le développement d'un fœtus de deux mois, aplati et macéré.

Souvent aussi l'un des fœtus peut passer inaperçu. Il arrive que l'un des germes fécondés meurt tout-à-fait au début de la grossesse, et on le retrouve parfois sous forme d'une petite masse d'aspect variable située dans l'épaisseur ou à la surface du placenta de l'autre fœtus développé (1). C'est ce qui est représenté à la dix-neuvième planche de l'*Atlas d'embryogénie* de Vrolik (Amsterdam, 1849). Aussi a-t-on recommandé d'examiner attentivement tous les placentas que l'on extrait pour ne point méconnaître un certain nombre de grossesses doubles.

Nous avons vu l'un des fœtus mort à une époque plus ou moins avancée de la gestation et retrouvé au moment de l'accouchement à terme du second, mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et on peut avoir affaire à un avortement partiel.

Les faits de ce genre, et si étonnants au premier abord, sont très-bien connus. P. Dubois, M. Depaul ont donné d'intéressantes relations à ce sujet. Des femmes font une fausse couche et s'aperçoivent bientôt de la persistance d'une grossesse qui se termine quelques mois plus tard par un avortement d'un enfant à terme ; ou bien, un second accouchement a lieu à quelque temps du premier et donne un produit dont le développement indique un âge

1. Verardini, *Bullet. delle science mediche di Bologna.* — Charrin, *Lyon médical*, 1873.

se rapportant à une fécondation commune pour les deux embryons expulsés. Ce fait est déjà signalé dans Hippocrate (§ 97. *Des épidémies.* — Trad. Littré).

Un autre cas se présente encore : c'est celui dans lequel, le second fœtus étant mort, demeure plus ou moins longtemps après le terme de la grossesse et de l'expulsion d'un premier enfant, ou même d'un produit non viable. Riecke a compté (Tubingen 1827) 5 jours d'intervalle; Ronderland (Zeitschrift für Geburts kunde t. II) 11 jours; Jameson (Journ. de Dublin 1842) sept semaines. M. Brachet (1) admet qu'il peut s'écouler quelques semaines et même plusieurs mois entre l'expulsion des deux produits. Guillemot (2) cite un fait dans lequel le second fœtus ne fut expulsé qu'au bout de deux ans. Chailly Honoré a vu à la Salpêtrière un cas analogue. Une observation remarquable dans ce genre, recueillie sous les yeux d'Ambroise Paré a été publiée par Guillemeau. « Il s'agit « d'une femme qui, à la suite d'un accouchement, por- « tait, depuis deux ans, une tumeur grosse comme le « poing qui lui sortait de la matrice. Cette tumeur, pleine « d'eau assez claire, semblable à une vessie, dure et « ferme comme un fort parchemin, se réduisait facilement « quand la femme était couchée sur le dos. La femme « n'en avait pas moins eu une nouvelle grossesse pendant « laquelle la tumeur avait disparu. Elle ne s'était montrée « de nouveau qu'après l'accouchement qui avait été très- « heureux. Incision faite de cette poche il en sortit quan-

1. J. Brachet. — De l'avortement partiel dans les grossesses multiples. *Gaz. hôpitaux* 1849.

2. Guillemot. *Arch. génér. de médecine.*

« tité d'eau très-claire et on y trouva un petit fœtus de la « grandeur d'un doigt, assez ferme et dur, sans mauvaise « odeur » (Heureux accouchem. livre 2 page, 225).

Le plus souvent l'avortement est total, l'un des fœtus meurt et l'utérus se débarrasse des deux à la fois, qu'il y ait ou non communication vasculaire entre eux.

Enfin deux accouchements d'enfants vivants peuvent être séparés par un intervalle de temps considérable.

Tous les faits dont il a été question jusqu'ici sont susceptibles de se produire dans les conditions anatomiques ordinaires mais il arrivera, par exception, qu'on aura affaire à un utérus malformé et alors de nouvelles particularités intéressantes s'offriront pour la grossesse double.

L'utérus peut être duplex, bicornis, biloculaire ou même unicornis et la grossesse double a été observée, quoique rarement, il faut le dire, avec chacune de ces malformations.

Quelques explications sont utiles au sujet de ces diverses anomalies. Voici le résumé que donne M. Depaul (1).

« L'utérus, par suite de l'isolement des tubes de Müller qui ne sont qu'incomplètement adossés, peut former « deux organes indépendants l'un de l'autre, ayant chacun son ligament rond, sa trompe, son ovaire et son col, « plus ou moins accolés au col de l'utérus (Utérus duplex « de Forster).

« Cette division de l'utérus en deux parties peut être « moins prononcée et, les deux portions rappelant la « forme des utérus de certains mammifères, l'organe affectera l'aspect bicorne (utérus bicornis).

1. *Clinique obstétricale*, page 209.

« Une des moitiés de l'utérus peut s'être atrophiée, « l'autre s'étant seule développée et la matrice se trouve « ainsi réduite à l'une de ses parties, comprenant une ca- « vité avec une trompe, un ovaire et un ligament rond. « (utérus unicornis).

« Enfin, l'utérus peut avoir à l'extérieur la forme globu- « leuse, alors que la cloison d'adossement des tubes de « Müller n'a pas disparu et on a affaire à un organe dont « la cavité est divisée en deux parties (utérus bilocularis). »

Des exemples de ces diverses conformations de l'utérus sont réunis dans la thèse d'agrégation de M. Le Fort.

Taylor (med. jurisprudence, p. 617) rapporte un cas dans lequel on trouva l'utérus et le vagin doubles, chaque vagin ayant un orifice séparé. Les faits de Geiss (*Lancet* 1828-29), de Graily Hewit (*Lancet* 1862 vol. I, p. 666) se rapportent aussi à des cas d'utérus duplex. Il y avait eu grossesse gémellaire (cit. Le Fort.).

Les exemples d'utérus bicorne dans lesquels la conception double simultanée a été observée sont un peu plus fréquents, fait de Waller (*Lancet* 1829 vol. 1, p. 55).

Fait de Billingren (*Jour. de Christiania et Arch. de méd* 1842, *tome* XV. *page* 495), on vit : « que la ma- « trice, depuis son orifice interne, était divisée en deux « cavités dont chacune renfermait un placenta. Le cloison- « nement était complet inférieurement ; on ne put s'assu- « rer s'il en était de même au fond de l'utérus. La femme « était accouchée d'un fœtus présumé âgé de 3 mois et le « lendemain un enfant de 7 mois vivant avait été extrait « par le forceps » (Cit. de Le Fort).

Fait de Thielmann (*Med. chir. Review*, oct. 1854).

Naissance à quarante-deux jours d'intervalle de deux enfants vivants. Le second enfant fut senti au côté gauche du ventre, huit jours après le premier accouchement.

Fait de Generali (*Bull. delle scienze med. de Bologne*, janvier 1848). L'utérus simple et du volume ordinaire dans son col et dans son orifice devenait double dans son fond et à chacun des lobes correspondait l'insertion d'une trompe. Trente ans auparavant, cette femme avait eu deux enfants vivants, à un mois d'intervalle (Cit. de Le Fort).

Fait de Bonnefous (*Lauth. Repert. de physiologie et d'anatomie*, t. V, page 102). Utérus double, col unique, cavités utérines distinctes. La femme avait eu six enfants dont deux jumeaux (Cit. de Le Fort).

Utérus double chez une femme ayant trois enfants et ayant fait quatre fausses couches, la dernière double. (Cooley. *The amer. journ. of med. scienc.*, 1874).

Un fait remarquable est publié par Duncan (*The British med. jour.*, septembre 1875). Utérus double ; trois enfants ; grossesse gémellaire dans une cavité, simple dans l'autre, enfants pesant six et sept livres.

Utérin bicorne, grossesse gémellaire ; insertion des deux placentas sur le col. Fait de Hohl (*Prager vierteljahrschrift*, 1853).

Pour terminer ces exemples de grossesses gémellaires dans des conditions anatomiques anormales, on peut citer l'observation de Chaussier qui se trouve rapportée par Schröder (page 348) et qui a trait à une grossesse double dans un utérus unicorne sans corne accessoire. Les jumeaux sont nés vivants.

Enfin il existe des faits de grossesses utérine et abdomi-

nale concomitantes qui pourraient trouver place ici comme exemple des anomalies qu'on est exposé à rencontrer très-exceptionnellement. Mais nous n'avons voulu que signaler rapidement tous ces faits.

A la suite des notions anatomo-physiologiques, nous ne nous arrêterons pas à discuter la possibilité ou l'impossibilité de la superfécondation et de la superfœtation dans les différents cas que l'on peut supposer et observer.

Le développement plus ou moins retardé de l'un des germes, la conservation dans l'utérus d'un fœtus mort, l'indépendance de deux utérus secondaires, etc., ont éclairci plusieurs côtés de la question. Il suffira donc de rappeler ici les conclusions qui sont maintenant défendues par la plupart des auteurs.

La superfœtation (sauf dans le cas d'utérus double et dans des conditions tout exceptionnelles) est généralement repoussée. Quant à la superfécondation, c'est-à-dire l'imprégnation d'un nouvel ovule, alors que la muqueuse utérine n'est pas encore complétement modifiée, sa possibilité paraît devoir être admise.

« Si un fœtus vient à mourir et à rester en quelque « sorte enkysté dans la portion de muqueuse dite ca- « duque réfléchie, les spermatozoïdes pourront encore par- « venir dans les trompes. Il en sera du moins ainsi toutes « les fois que la mort sera survenue avant qu'il y ait eu « accolement intime de cette caduque avec la caduque « vraie, c'est-à-dire avant le troisième mois de la grossesse « ou environ. Le tout est que le rétablissement de la mère « soit tel qu'il y ait eu retour à une ovulation régulière. Si « même l'ovulation se continuait, ce qui n'est pas, durant

« les deux et trois premiers mois de la grossesse, la super-
« fœtation ou, au moins, la fécondation ne serait pas im-
« possible alors, quand même le fœtus existant resterait
« vivant (1). » Telle est actuellement l'opinion de M. Robin et de la majorité des auteurs au sujet de cette question si discutée (2).

Avant de passer à l'étude de la séméiologie de la grossesse double, nous placerons ici quelques considérations reposant sur des faits d'anatomie et de physiologie et dont la connaissance nous expliquera peut-être un certain nombre de particularités que nous rencontrerons en faisant l'étude de la grossesse ou de l'accouchement gémellaire ; nous voulons parler des rapports de situation que les fœtus affectent entre eux et avec la cavité utérine, c'est-à-dire de l'accommodation dans la grossesse double. Cette question nous a paru mériter plus d'attention qu'on ne lui en a accordé jusqu'ici même dans les ouvrages où une étude spéciale de l'accommodation a été faite.

Les lois et les résultats généraux de l'accommodation sont si bien connus maintenant (3) que nous entrerons d'emblée dans notre étude spéciale, après avoir rapporté

1. Ch. Robin. Art. Fécondation, page 346. *Diction. encyclop. des sciences méd.*

2. Voir ouvrages d'Embryogénie et Saint-Cyr. *Traité d'obstétrique vétérinaire*, Paris, 1875.

3. Voir Cazeaux. — *Traité d'accouch. édit.* Tarnier. — Pajot. — *Art. Accouchement (mécanisme). Dict. encyclop.* — Martel. — *De l'accommodation en obstétrique.* Paris 1878. — Pinard. — *Traité palper abdominal*, 1878. — Duncan. — *Mécanisme de l'accouch.* traduit par Budin.

seulement quelques lignes de l'ouvrage de M. Martel résumant les connaissances nécessaires.

« Il est certain que dans les premiers mois de la gesta-
« tion la cavité utérine étant relativement plus grande, à
« cause de l'abondance du liquide amniotique, le fœtus
« peut flotter à peu près librement et se placer selon les
« lois de la pesanteur.

« Mais à mesure qu'il augmente de volume, il perd
« encore sa mobilité, ses membres se rapprochent de plus
« en plus du plan antérieur, le tronc se courbe sur lui-
« même jusqu'à ce qu'enfin, au terme de la grossesse, le
« volume fœtal ayant notablement augmenté, remplisse
« presque tout l'intérieur de la matrice. Aussi, placé dans
« une cavité restreinte qui l'enserre de tous côtés, est-il
« nécessaire que le fœtus se replie, se pelotonne sur lui-
« même, afin de diminuer son volume autant que possible
« et de s'adapter à la forme de cette cavité par une flexion
« encore plus complète de ses diverses parties. Il tend à
« représenter la même figure que la cavité ovoïdale à
« grosse extrémité supérieure qui le renferme. C'est par
« adaptation de forme, en un mot, que le fœtus se pelo-
« tonne. »

Ceci dit pour le cas où il n'y a qu'un seul fœtus, il faut rechercher comment les choses se passent quand il y en a deux.

La conclusion à laquelle sont arrivés les auteurs est que, dans les grossesses gémellaires, l'accommodation est rendue très-difficile, ou que même il y a absence d'accommodation. Voici leur opinion à cet égard :

« On peut dire, selon M. Martel, que les deux enfants

« glissent l'un sur l'autre, profitent des moindres espaces « laissés vides, s'adaptent entre eux plutôt qu'à la matrice, « ce qui, somme toute, rend l'accommodation difficile « dans cette sorte de grossesse (1). »

M. Pinard dit de même : « Dans les cas de grossesse gé- « mellaire, l'accommodation est rendue très-difficile, on le « comprend (2). » La grossesse multiple, par suite de l'absence complète ou incomplète des facteurs de l'accommodation prédisposerait aux présentations irrégulières.

Recherchons donc quelles sont les présentations dans la majorité des cas. Il est évident que, pour le second fœtus, le nombre des présentations irrégulières sera plus grand et que même la présentation notée au moment de l'accouchement ne correspondra pas exactement, à l'attitude qu'avait le fœtus pendant la grossesse. Tout en tenant compte de ces différences, il faut néanmoins accorder une certaine valeur aux observations qui ont été faites en grand nombre.

Si, voulant étudier les diverses présentations des fœtus observés dans les cas de grossesse gémellaire, nous réunissons les statistiques les plus nombreuses, établies par Cazeaux (3), Depaul, Kleinwachter et M. Pinard, nous pourrons dresser le tableau suivant.

1. Martel. — *De l'accommodation en obstétrique*, page 60.

2. Pinard. — *Art. fœtus Dic. encyclop.* — *Traité palper abdominal*, page 15.

3. Cazeaux, *traité d'accouch.* 9me édit. page 368.

Présentation :	Cazeaux (285 accouchements)		Depaul (138 accouch,)		Kleinwachter
Les deux le sommet	134 fois ou 47 °/₀		64 fois ou 46 7 °/₀		49 °/₀
Les deux le siége	33 fois ou 11 °/₀		15 fois ou 10,9 °/₀		7 °/₀
Le premier le sommet / Le deuxième le siége	55 fois	40 °/₀	29 fosi	33,5 °/°	35°/°
Le premier le siége / Le deux^me le sommet	60 fois		17 fois		
Le premier le siége / Le deuxième l'épaule	1 fois		2 fois		3 °/₀
Le premier le sommet / Le deuxième l'épaule	1 fois		7 fois		7 °/₀
Le premier la face / Le deux^me le sommet	1 fois		1 fois		
Le premier le sommet / Le deuxième la face			2 fois		
Les deux l'épaule			1 fois		0,33 °/₀

M. Pinard a obtenu des résultats identiques. « On ob-« serve, dit-il, la présentation du siége une fois sur trois, « et celle de l'épaule, une fois sur dix-neuf. »

Tous ces chiffres concordent pour montrer que le plus souvent, dans les accouchements gémellaires, les deux fœtus sont placés, le sommet dirigé vers la partie inférieure de l'utérus. Après cette attitude des fœtus, la plus fréquente est celle dans laquelle l'un d'eux se présente par le sommet, la tête du second occupant le fond de l'utérus. La troisième position, quant à la fréquence, est celle dans laquelle les deux têtes sont situées en haut vers le fond de l'utérus, de chaque côté.

Pour les cas rares dans lesquels on observe des présentations de l'épaule, de la face, avec procidence de un ou plusieurs membres, ce sont, on peut dire, plutôt des

présentations fortuites, des présentations du travail que des résultats de l'accommodation. Néanmoins, il me semble qu'il y a lieu d'admettre une accommodation régulière même pendant la grossesse gémellaire, et d'en étudier les conditions principales.

Comme dans la grossesse simple on doit tenir compte des facteurs principaux de l'accommodation, c'est-à-dire de la forme de la matrice, de son développement aux diverses époques de la grossesse et de la forme du contenu qui, dans le cas présent, doit être considéré comme une masse unique de deux produits distincts. Je ne parle, bien entendu, que de l'utérus normal, dans lequel une cavité unique contient une seule masse formée par la réunion des deux œufs. Dans ces cas, de nombreuses particularités entrent en jeu qui ne se retrouvent pas dans la grossesse simple, par exemple, le développement beaucoup plus rapide de la matrice, l'amincissement de ses parois, le relâchement plus considérable des couches musculeuses et aponévrotiques de l'abdomen, le volume moindre des enfants, l'abondance souvent exagérée du liquide amniotique. Toutes ces conditions ont une influence marquée ; elles expliquent la difficulté de l'accommodation admise par les auteurs et la fréquence des présentations dites irrégulières ou accidentelles.

Nous avons vu d'autre part, d'après les statistiques, qu'il existe trois types principaux d'accommodation qui sont les suivants :

1° Les deux enfants présentent le sommet ;

2° L'un présente un sommet, l'autre le siége ;

3° Les deux présentent le siége.

Est-il possible de trouver quelques raisons de ces faits cli-

niques? Jusqu'à ces derniers temps, les auteurs avaient bien constaté les diverses formes que présente la matrice, lorsqu'elle contient deux enfants, mais, surtout au point de vue du diagnostic. Sans parler des anciens accoucheurs, nous rapporterons l'opinion de J. Hergott (1) qui admet qu'une dépression de la ligne médiane du corps de l'utérus, dépression pouvant s'étendre du fond à l'hypogastre, est un signe de grossesse gémellaire ayant quelque valeur. Cazeaux décrit aussi ces diverses formes, disant : lorsque un des fœtus a la tête en haut et l'autre en bas, il peut en résulter deux dépressions et deux saillies dont l'une en bas et l'autre en haut, comme l'a figuré M. Hergott. Si les deux fœtus se présentent par la tête, le fond de la matrice est excessivement dilaté. Le contraire arrive quand ils présentent les fesses. Dans un cas observé à la Clinique de Strasbourg, la matrice avait une forme irrégulière et oblique : les deux têtes étaient situées aux angles de l'utérus et formaient deux tumeurs séparées par une dépression, la droite beaucoup plus élevée que la gauche. Le fait d'observation est donc constaté mais aucune explication n'en est fournie.

M. Tarnier (Texte de l'Atlas des accouchements) dit : « Nous voyons dans la fréquence de la présentation du « siège chez l'un des jumeaux une raison de plus de pen- « ser que l'enfant cherche à s'accommoder à la forme « de l'ovoïde utérin ; c'est vraisemblablement pourquoi, « lorsque le premier jumeau présente le sommet ou le siége, « le second se place en sens inverse. »

C'est dans cette voie qu'il faut poursuivre les recher-

1. Hergott. *Variétés de forme de la matrice. Thèse Strasbourg* 1839.

ches, en tenant compte des rapports qui s'établissent entre la cavité utérine et l'œuf double, à mesure que se fait le développement de l'une et de l'autre.

« D'abord aplatie sur les deux faces, antérieure et pos-
« térieure, la matrice s'arrondit, devient piriforme puis
« sphéroïdale et, tout à la fin de la grossesse, elle a la
« forme d'un ovoïde légèrement aplati d'avant en arrière.
« La face antérieure est cependant beaucoup plus bombée
« que sa face postérieure. L'extrémité supérieure de l'o-
« voïde utérin est, au terme de la grossesse, assez régu-
« lièrement arrondie, toutefois un des côtés est plus élevé
« que l'autre (1). »

« J'ai remarqué, dit Depaul (2), que le fond prenait
« un accroissement considérable dans les six premiers
« mois, mais les parties latérales qui s'accroissent en même
« temps se développent inégalement. J'ai constaté de même
« que la partie antérieure se développait habituellement
« plus que la région postérieure... »

Il faut se rappeler aussi que dans les premiers mois, l'extrémité la plus volumineuse du fœtus est l'extrémité céphalique, tandis que plus tard, au contraire, le siége et les membres inférieurs appliqués contre lui, constituent la grosse extrémité de l'ovoïde fœtal.

En tenant compte à la fois des lois de l'adaptation, du développement de la matrice et de la position des fœtus, voici, je crois, ce que l'on doit observer.

1° Dans les premiers temps de la grossesse, la matrice étant développée surtout dans son fond et les deux têtes

1. Cazeaux. *Traité d'accouchements.*
2. *Clinique obstét.*, page 103.

fœtales formant la grosse extrémité de l'œuf double, il y aura le plus souvent présentation de deux siéges ;

2° A une époque plus avancée de la grossesse, la cavité utérine devenue à peu près sphéroïdale, les fœtus s'accommoderont à cette forme, en opposant leurs extrémités les plus volumineuses, de sorte que l'un se présentera par le sommet et l'autre par le siége ;

3° A la fin de la grossesse, la cavité utérine représente un ovoïde dont la pointe regarde en bas : à cette époque, les deux siéges constituent la partie la plus volumineuse de la masse fœtale ; par suite, ces extrémités se placeront en haut et nous trouverons le plus souvent une double présentation du sommet.

On voit donc, même dans le cas de grossesse gémellaire et par un mécanisme admirable, la nature tendre à procurer la disposition la plus favorable pour la mère et pour les enfants.

Y réussit-elle toujours et dans quelles proportions ? c'est ce que nous devons rechercher, et ce qu'on ne pourra établir que par des observations très-détaillées.

Voici comment peuvent être classés à cet égard les faits que j'ai recueillis. Avant six mois, je trouve trois avortements dans lesquels aucun renseignement n'est donné sur la manière dont furent expulsés les fœtus et dont nous ne tiendrons pas compte. Les autres observations se rangent ainsi :

1° Cinq avortements à six mois.

Obs. III	Epaule droite.	—	Tête et pieds.
Obs. IV	Sommet.	—	Epaule droite.
Obs. XXIV	Sommet.	—	Sommet.

Obs. XXV	Siége.	—	Siége.
Obs. XXXIII	Siége	—	Siége.

Nous voyons dans ces cinq exemples d'avortement à six mois, la confirmation de la théorie ; en effet, deux cas de présentation double du siége sont des exemples d'accommodation parfaite. Ces deux faits dans lesquels une épaule est venue se présenter de façon que l'un des enfants est placé en croix avec l'autre, sont encore des exemples de l'accommodation utile dans cette première catégorie de faits. Les parties les plus volumineuses sont dans le segment supérieur de la matrice.

Le cas où il s'est trouvé une double présentation céphalique est contre la théorie, mais il ne faut pas oublier que, dans la grossesse simple, des exemples semblables s'offrent assez souvent et qu'on a voulu les expliquer quelquefois par le développement irrégulier de la matrice dont le segment inférieur se serait accru plus tôt que de coutume. — En résumé et d'une manière à peu près complète, la loi de l'accommodation s'est trouvée vérifiée pour les avortements jusqu'à six mois. — Mais allons plus loin ;

2° Nous arrivons aux cas d'accouchement à sept mois ; il s'en trouve six observations.

Obs. XVII	Sommet.	—	Siége.
Obs. XVIII	Sommet.	—	Siége.
Obs. XXVII	Sommet.	—	Siége.
Obs. XXIX	Sommet.	—	Sommet.
Obs. XXX	Sommet.	—	Sommet.
Obs. XXXVII	Siége.	—	Sommet.

Ici, la confirmation est encore plus évidente ; sur six cas de sept à huit mois, nous en trouvons quatre où l'accommo-

dation s'est faite selon toutes les lois de la théorie ; quant aux deux autres, on peut faire remarquer une chose, c'est que si l'accommodation a été un peu avancée, vu l'époque de la grossesse, elle n'en était que meilleure, puisque, dans les deux cas, le sommet remplaçait le siége ; de sorte qu'au lieu de présenter un siége et un sommet, les jumeaux présentaient tous les deux le sommet, probablement à cause du développement prématuré de la matrice, pour l'âge de la grossesse.

Enfin nous avons 25 observations où l'accouchement a eu lieu à huit et à neuf mois. — Les présentations y sont les suivantes :

Huit mois.	Obs. I	Siége.	—	Epaule gauche.
—	Obs. VIII	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. IX	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XX	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. XXII	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. XXVI	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XXXI	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XXXII	Siége.	—	Siége.
—	Obs. XXXVI	Siége.	—	Siége.
—	Obs. XXXVIII	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XL	Sommet.	—	Sommet.
Neuf mois.	Obs. II	Epaule droite.		Sommet.
—	Obs. VI	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. X	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. XI	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XII	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. XIII	Siége.	—	Sommet.
—	Obs. XIV	Siége.	—	Siége.
—	Obs. XV	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XVI	Siége.	—	Sommet.

Neuf	Obs. XIX	Sommet.	—	Sommet.
—	Obs. XXI	Siége.	—	Sommet.
—	Obs. XXIII	Siége.	—	Sommet.
—	Obs. XXVIII	Sommet.	—	Siége.
—	Obs. XXXIX	Sommet.	—	Sommet.

Le résumé de ce tableau nous donne sur 25 observations dix fois, présentation des deux sommets, dix fois aussi présentation d'un sommet et d'un siége, trois fois seulement présentation des deux siéges.

L'observation est donc d'accord avec la théorie. — Nous voyons en effet l'accommodation se faire d'une façon complète le plus souvent : ou bien, s'il n'y a pas une adaptation exactement semblable à celle que voudrait la théorie pure, dans le cas de grossesse à terme, nous trouvons que l'adaptation qui était parfaite pour le septième et huitième mois s'est maintenue dans le dernier et qu'elle est encore suffisante. Il faut d'ailleurs songer :

1° Que, dans les derniers temps de la grossesse, une des extrémités de l'un des fœtus s'étant engagée, celle de l'autre fœtus qui occupait aussi la zône inférieure de la matrice se trouve, par le fait, un peu remontée ;

2° Que le fond de la matrice logeant un siége, une tête et, d'ordinaire, la masse des placentas, le contenant et le contenu se sont encore accommodés l'un à l'autre, en mettant en rapport leurs parties les plus volumineuses.

Les faits en main, nous avons donc suivi la marche de la grossesse et assisté, pour ainsi dire aux changements de présentation opérés par les jumeaux suivant l'âge auquel ils parvenaient. Nous avons vu peu à peu diminuer la proportion des présentations du siége et augmenter celle des pré-

sentations du sommet, au fur et à mesure que la matrice et les fœtus se développent. Aussi les quelques exceptions, souvent faciles à expliquer, que nous rencontrons ça et là ne sauraient nous faire méconnaître la vérité de ce fait, savoir que l'accommodation existe pour la grossesse gémellaire, comme pour les autres, et qu'il est possible d'en étudier certaines conditions principales.

DEUXIÈME PARTIE

SÉMÉIOLOGIE DE LA GROSSESSE DOUBLE

La séméiologie et le diagnostic de la grossesse double méritent, au point de vue pratique, une attention toute particulière.

Si, d'une façon générale, on comptait tous les accouchements gémellaires qui s'effectuent, on verrait que, le plus souvent, la présence d'un second enfant dans l'utérus et sa naissance au bout de quelques instants sont une surprise pour la femme et pour ceux qui l'assistent. Cette surprise si fréquemment éprouvée est sans doute pour quelque chose dans l'intérêt qui s'est attaché, de tout temps, aux naissances de jumeaux.

D'autre part, le médecin qui aura reconnu d'avance et sûrement l'existence de deux enfants dans la matrice pourra être très utile à la femme enceinte et devra se mettre en garde contre des accidents possibles et même fréquents soit pendant la grossesse, soit au moment de la parturition.

Aussi est-il à désirer que l'on sache distinguer une grossesse de deux enfants de la grossesse simple en recherchant ou du moins en ne laissant point passer inaperçus les signes qui peuvent la faire diagnostiquer.

Ces signes variés et nombreux ont une importance plus ou moins grande : nous allons les étudier successivement.

Persuadés de l'utilité du diagnostic dans les cas de grossesse double, les anciens accoucheurs avaient réuni un ensemble de symptômes dont l'existence constatée devait les amener à la découverte qu'ils poursuivaient.

Mais, comme nous le verrons, ils n'étaient arrivés à faire reposer leur diagnostic que sur la constatation de quelques signes dont la valeur est très-discutable.

Maintenant, la science s'est enrichie de nouveaux moyens d'observation qui permettent au médecin d'obtenir, dans la plupart des cas, une certitude absolue, s'il a fait un examen suffisant et surtout si cet examen a pu avoir lieu pendant la durée même de la grossesse, comme le voudrait l'intérêt bien entendu des femmes.

Il n'est donc pas même nécessaire de dire, avec M. le professeur Pajot (1), que le point important pour le diagnostic de la grossesse double est de se douter de la chose : il faut seulement faire un examen complet de la femme qui va accoucher.

Capuron (2), ne connaissant que les signes attribués par les anciens à la grossesse double exprimait ainsi son opinion : « Il serait important de savoir distinguer la grossesse « composée d'avec la grossesse simple, *au moins pendant* « *le travail*, afin de secourir la femme à propos et de « pourvoir au salut des enfants dont elle est sur le point « d'être mère. Mais on est forcé de convenir qu'il n'y a là « dessus que des signes vagues et bien équivoques durant « la gestation et avant la sortie ou l'extraction de l'un des « jumeaux. » Et pourtant l'auscultation était découverte.

1. Pajot. *Diagnostic de la grossesse. Ann. de gynécol.* tome I.
2. *Traité des accouchements*, page 360, 4me édit., 1828.

Plus tard encore, le célèbre accoucheur conservait son opinion (1).

Ceci prouve au moins que les signes connus des anciens étaient insuffisants. Nous les trouvons ainsi exposés par Dionis (2) :

« Dans les premiers mois, on ne peut pas connaître s'il « y a deux enfants ; on ne s'en aperçoit que quand les « enfants commencent à remuer, et on en a des signes cer- « tains quand, en examinant le ventre de la mère, on le « trouve plus gros qu'il ne devrait être, s'il n'y en avait « qu'un. S'il y a deux éminences, l'une au côté droit, « l'autre au côté gauche et qu'il y ait une ligne au milieu « un peu déprimée ; si en mettant les deux mains sur le « ventre on sent plusieurs et différents mouvements aux « deux côtés ; si ces mouvements sont plus fréquents qu'à « l'ordinaire ; si le ventre est tendu en rondeur et non pas « en pointe sur le devant ; si la femme est plus incommo- « dée de cette grossesse que des autres ; si le fardeau de « l'enfant lui fait de la peine à porter, si les jambes et les « cuisses sont toujours enflées et même les lèvres de la « matrice, tous ces signes assurent la pluralité d'enfants. » Page 134.

Mauriceau avait de plus signalé l'œdème sus-pubien.

Rœderer attribue ces modifications au développement simple du ventre.

Tous ces caractères notés par les anciens constituent une simple présomption ; sans qu'aucun, pris à part, ait une grande valeur, la réunion d'un certain nombre d'entre eux

1. Pajot. *Diagnostic de la grossesse. Ann. de gynécologie.*
2. Dionis. *Traité des accouchements.* Paris, 1618.

a pu amener quelquefois à un diagnostic exact, mais bien des erreurs ont sûrement été commises. Avec ces seuls éléments de diagnostic on devait souvent croire à tort à une grossesse double et plus souvent encore en ignorer l'existence. Est-ce à dire que ces renseignements fournis par l'examen de la femme doivent être complétement mis de côté? Evidemment non et nous allons les étudier en détail.

1° **Volume du ventre.** — « S'il est vrai, « disait M. Dubois (1), que chez la femme enceinte de « plusieurs enfants, l'abdomen est généralement plus dé- « veloppé, plus tendu sur les côtés et proportionnellement « moins saillant en avant que dans les grossesses simples; « s'il est vrai aussi que, dans les grossesses multiples, « l'abdomen semble parfois partagé en deux moitiés laté- « rales par un sillon longitudinal médian, peu profond, « il faut ajouter que cette double circonstance se remarque « assez souvent dans des cas tout à fait étrangers au sujet « qui nous occupe, et particulièrement quand l'utérus « contient une grande quantité de liquide amniotique, ou « un fœtus très-volumineux avec une grande quantité « d'eau proportionnelle (2). »

Malgré l'infidélité de ce signe (et, en effet, tous les accoucheurs ont vu des exemples qui auraient induit en erreur (3)), il faut se rappeler cependant que, d'habitude le volume du ventre amène seul à rechercher l'existence de la grossesse double, soit que ce volume présente une exa-

1. P. Dubois. *Leçon sur la grossesse multiple. Gaz. des hôpitaux*, 1843.

2. Depaul. *Loc. cit.*, page 217.

3. Depaul. *Loc. cit.*

génération absolue ou seulement relative par rapport à l'âge de la grossesse.

C'est le volume qui a d'abord fait songer à la présence de deux enfants dans un certain nombre de nos observations.

Le ventre était très-développé surtout en haut et sur la ligne médiane (observ. XI, XII, XV, XVI, XXXIX); l'utérus très-développé et incliné à droite (obs. II, XXVIII); le volume a été trouvé exagéré pour l'époque de la gestation dans les observations (III, XXI, XXXVIII, XL); exagéré la forme du ventre étant aplatie (obs. IV et V).

Dans trois cas (observ. XXVI, XXX et XLI), l'utérus n'était pas plus développé que normalement et la grossesse comptait de sept mois et demi à huit mois.

Dans quelques observations, nous avons recueilli des mesures exactes : les dernières femmes qui ont accouché dans le service et à terme mesuraient comme tour de ventre, au niveau le plus saillant, 99 et 106 centimètres (observ. XXXIX, XXXVIII).

Dans l'observation II, les mesures sont les suivantes : circonférence à l'ombilic 115 centimètres, à quatre travers de doigt, au-dessus 107, au-dessous 110. Distance de l'épigastre au pubis en suivant la paroi, 48 centimètres. Distance d'un côté à l'autre 81 centimètres.

2° **Œdème.** — Mauriceau est un des premiers qui ait signalé l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané comme signe de présomption. « En effet, dit M. Depaul (1), l'é-« norme développement de l'utérus produit une gêne ma-

1. *Loco cit.* page 221.

« nifeste dans la circulation veineuse, et il en résulte de « l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdomi- « nale.

« Quant à l'œdème sus-pubien, il se remarque moins « souvent, et quoiqu'il ne constitue pas non plus un signe « caractérisque, je l'ai indiqué depuis longtemps comme « ayant une valeur réelle, surtout quand il s'observe sans « grande infiltration des membres inférieurs. — L'infiltra- « tion n'occupe pas indistinctement tout le tissu cellulaire « sous-cutané abdominal, elle a le plus souvent des limites « précises et forme comme un bourrelet transversal au-des- « sus du pubis : sa forme est triangulaire, sa base dirigée « en bas et le sommet en haut vers l'ombilic. Il occupe « toute la région sus-pubienne. » Dans nos observations XIII-XXXIX cet œdème a été constaté : quand il existe, il est bon de procéder à l'analyse de l'urine, car nous verrons plus loin que l'albuminurie survient plus facilement dans la grossesse double et ce symptôme est toujours à surveiller (obs. IX, XXVI et XLI).

3° **Mouvements actifs du fœtus.** Ont-ils une valeur quelconque, au point de vue séméiologique ? Nous savons combien fréquemment il arrive que les femmes se trompent au sujet de ces mouvements des enfants et de la perception des chocs qu'ils produisent, aussi sera-t-il toujours prudent de n'accepter ces renseignements de la mère qu'avec la plus grande réserve. Mais d'un autre côté, si on se trouve en présence d'une femme multipare, sachant analyser les sensations qu'elle a déjà éprouvées, si elle a constaté souvent que les mouvements et les chocs produits par les fœtus sont ressentis à la fois en des points différents

et si surtout, l'accoucheur les perçoit lui-même, en explorant la paroi abdominale, il est évident que ces mouvements actifs ont une certaine valeur au point de vue du diagnostic.

Nous arrivons maintenant à l'étude de signes dont l'importance est beaucoup plus considérable : ceux que nous avons signalés jusqu'ici n'étaient que des signes rationnels et de présomption ; tous ceux qui nous restent à voir sont des signes sensibles et, dans certains cas, des signes de certitude absolue : je veux parler du toucher, de l'auscultation et du palper au point de vue du diagnostic de la grossesse double.

1° **Toucher.** — Pour ne point sortir de notre sujet nous parlerons seulement du toucher dans les applications qui en ont été faites à la constatation de la présence de deux fœtus, soit par le ballottement vaginal, soit par le contact direct du doigt de l'accoucheur.

Baudelocque, le premier, a voulu établir l'importance du toucher comme moyen de diagnostic de la grossesse bipare. « Quand le ventre de la femme est assez volumi-
« neux pour faire soupçonner la présence de deux enfants,
« s'il n'en existe qu'un seul, il est toujours très-mobile parce
« qu'il se trouve alors au milieu d'une grande quantité
» d'eau... Lorsqu'il y a deux enfants, le ballottement, au
« contraire est à peine sensible ; on distingue aisément que
« celui des enfants que l'on veut agiter par le toucher n'est
« environné que d'un peu de fluide et qu'il est embarrassé

« par un autre corps solide (1). » Cette opinion de Baudelocque et de Levret, n'est pas toujours conforme à la vérité. Velpeau, dans son traité d'accouchements, a en effet cité un cas où Désormeaux avait méconnu une grossesse double justement par suite de la facilité avec laquelle il avait pu déterminer la ballottement vaginal. Il y avait en même temps que deux fœtus, une assez grande quantité de liquide amniotique. « Lorsqu'en 1845, rapporte Cazeaux (2), « j'ai été chargé par la Faculté, de faire la Clinique d'ac- « couchement, j'ai constaté deux fois le même fait que « Désormeaux : une hydropisie assez considérable de l'am- « nios rendait le ballottement très-facile à sentir, bien « qu'il y eût deux poches ». « Si donc, dit M. Depaul, la difficulté du ballottement existe souvent, elle est loin d'être constante » et les raisons qu'il donne de cette difficulté sont ou bien l'élévation de la partie qui se présente, ou bien la fixité de la partie engagée qui rendent le ballottement non pas restreint mais nul.

Lorsque le col est simplement entr'ouvert, le toucher est susceptible de faire diagnostiquer la présence de deux enfants : plusieurs cas peuvent se présenter. Citons d'abord le fait le moins fréquent, celui dans lequel il est possible de toucher au milieu de l'orifice utérin les deux poches amniotiques s'engageant à la fois et exactement par le point où elles s'adossent l'une à l'autre. Dans ces cas exceptionnels, Mme Lachapelle, Dugès (3), M. Depaul (4) ont pu

1. Baudelocque *Traité d'accouchements.*
2. Cazeaux. *Traité d'accouch.* 9e *édit.* page 256.
3. Dugès. *Mémoire sur les accouch. gémellaires*, *Revue méd.* 1826.
4. Depaul. *Leçons cliniques*, et *Diction. encyclop.* tom. I.

sentir une dépression sous le doigt, une sorte de sillon qui permettait de reconnaître les deux œufs réunis et de diagnostiquer ainsi la grossesse double.

Mais c'est là une exception bien rare, et M. Depaul qui a surtout fait connaître la *double poche des eaux* n'en a rencontré que deux exemples.

Un peu plus souvent, il sera permis de distinguer par le toucher l'engagement de deux poches différentes et de reconnaître même les parties qui y sont contenues et qui appartiennent à deux fœtus distincts.

L'observation suivante de Smellie est intéressante à rapporter. « Je trouvai, dit-il (1), l'orifice de l'utérus fort « ouvert et les membranes poussées hors l'orifice externe « qui avaient *quelque chose d'extraordinaire au toucher.* « Lorsque j'introduisis mon doigt dans le vagin, je sentis « que ces membranes et ces eaux étaient *comme à côté de* « *la tête.* Comme l'orifice de l'utérus était bien dilaté et que « ces membranes avec une petite quantité d'eaux pendaient « hors les parties externes, je les déchirai, mais à la dou- « leur suivante, ayant touché la malade, je trouvai un « autre paquet de membranes et d'eaux au devant de la « tête ». D'après la marche que suivit le travail, Smellie conclut que les membranes qui s'étaient rompues les premières appartenaient à l'enfant qui vint le second.

L'observation XXI de notre recueil est aussi intéressante à un point de vue analogue. A travers l'ouverture du col présentant un diamètre de quatre centimètres environ on distinguait, du côté droit, une surface lisse, dure, celle du

1. Smellie, *traduit par de Préville, Paris* 1754 p. 403, *tome* III.

pariétal et un peu plus haut la suture sagittale. Au même niveau, mais du côté gauche, le doigt reconnaissait une présentation du siége. L'auscultation ne faisait entendre qu'un seul double bruit. Le diagnostic établi par le toucher fut complétement confirmé.

Tels sont les résultats les plus importants que le toucher est susceptible de fournir pour le diagnostic ; nous verrons plus loin qu'en combinant le toucher avec l'auscultation ou le palper on arrive, dans des cas difficiles (par exemple si l'un des enfants est mort), à pouvoir encore établir souvent un diagnostic certain.

2° **Auscultation.** — L'importance capitale qu'il faut accorder, dans un bon nombre de cas, à ce moyen de diagnostic, nous engage à rapporter en détail les opinions de ceux qui s'en sont le plus spécialement occupés. Nous ne retiendrons, de leurs travaux que les indications relatives à notre sujet.

Peu de temps après que Mayor de Genève eut découvert l'auscultation obstétricale, Lejumeau de Kergaradec signala la possibilité de reconnaître par ce moyen la grossesse gémellaire (1821).

« Laennec, Carus, Nægele père, Newmann-Scherwood, « Dubois, Lovati et M. Depaul (1) ont confirmé et déve- « loppé cette manière de voir. » Ces auteurs avaient surtout en vue l'étude des pulsations du cœur fœtal et des renseignements qu'elle était capable de donner au point de vue qui nous occupe. Hohl, à cette époque, avança une opinion nouvelle, que nous verrons discutée plus loin, et

1. Depaul. — *Art. Auscultation obstétricale. Dictionnaire encyclop.* page 319.

voulut trouver dans divers caractères spéciaux présentés par le souffle dit placentaire, des raisons pour établir le diagnostic de la grossesse multiple. Monod admit et soutint la même théorie.

Désormeaux (art. grossesse, *Diction. de médecine* 1824), et Nægele (*The Lancet* 1830) s'étaient occupés de la question ; puis parut un rapport de P. Dubois à l'Académie de médecine, 1831, intitulé de *l'Application de l'auscultation à la pratique des accouchements*. Nous en citerons ce qui a trait aux grossesses doubles, comme exprimant les idées admises à cette époque.

« Parmi les inductions que l'on tira des premiers résul-
« tats obtenus par l'auscultation chez les femmes enceintes,
« nous ne devions pas négliger celles qui s'appliquent aux
« grossesses multiples.... Malheureusement pour le succès
« de nos recherches, ces cas sont rares, et cependant un
« hasard favorable a voulu que parmi les femmes exami-
« nées par nous pendant le travail, trois aient eu des en-
« fants jumeaux...

« Il était naturel de penser que chez une femme enceinte
« de plusieurs enfants, l'auscultation permettrait de décou-
« vrir des doubles battements sur différents points des pa-
« rois abdominales ; les détails dans lesquels nous sommes
« entrés déjà, peuvent nous faire reconnaître que cette cir-
« constance même serait très-peu probante, à moins que
« sur deux points éloignés, l'impulsion eût exactement le
« même degré de force et de netteté ; on pouvait présumer
« aussi que, dans ce cas, il y aurait défaut d'isochronisme
« entre des battements partant de deux centres d'impulsion
« différents : tels devaient être les objets de nos investiga-

« tions. Les femmes dont nous venons de parler furent
« examinées par nous avec la plus scrupuleuse attention,
« pendant leur grossesse et pendant le travail de l'accouche-
« ment, avant et après l'écoulement des eaux de l'amnios :
« notre examen pendant la grossesse et la première période
« du travail ne nous permit nullement de reconnaître la
« présence de plusieurs enfants. Les doubles battements
« chez ces femmes furent entendus très-distinctement dans
« un point, mais assez obscurément dans plusieurs autres,
« pour que nous n'ayons soupçonné dans ces cas, comme
« dans beaucoup d'autres, que le résultat d'une transmis-
« sion éloignée ; mais, lorsqu'après la rupture de l'une des
« poches, et l'écoulement des eaux de l'amnios, la cavité
« utérine eut diminué de capacité et que les parois de l'or-
« gane se furent presqu'immédiatement appliquées sur le
« tronc de l'un des fœtus, il devint facile alors de recon-
« naître les doubles battements assez distincts et sur deux
« points assez éloignés pour qu'il fût, sinon certain, du
« moins très-probable, qu'ils étaient produits par l'impulsion
« de deux cœurs différents. Tous nos soins furent employés
« dès ce moment à rechercher quel était le rhythme des
« deux circulations ; il nous a semblé qu'il existait un iso-
« chronisme parfait entre les pulsations des deux cœurs ;
« peut-être nos recherches ne purent-elles se prolonger assez
« longtemps pour nous permettre d'apercevoir quelques
« différences. Il n'est sans doute pas inutile de noter ici que,
« dans un de ces cas, l'enfant qui naquit le premier se pré-
« senta et parcourut le bassin en sixième position (Baude-
« locque) ; c'est-à-dire, que sa région dorsale répondait di-
« rectement à la paroi postérieure de l'utérus, qu'elle était

« par conséquent inaccessible au stéthoscope et les doubles « battements que nous avons parfaitement distingués nous « avaient été transmis par la région antéro-latérale gau- « che de la poitrine. Il est aisé de voir que nos résultats « sur ce point, résultats peut-être trop peu nombreux en- « core, n'ont pas tout-à-fait confirmé les espérances que « l'on avait conçues ; mais qu'il nous soit permis d'ajouter « que nous n'avons rien à regretter ; car, si l'auscultation « inutile au diagnostic pendant la durée d'une grossesse « multiple, peut néanmoins nous éclairer pendant le travail, « ce moyen d'exploration nous fournit des lumières alors « même qu'elles peuvent nous être réellement utiles (1). »

« L'auscultation, dans le cas de grossesse multiple, ne « paraît devoir éclairer, ordinairement du moins, sur la « présence de plusieurs enfants dans la cavité utérine, que « pendant le travail et après la rupture de l'une des « poches membraneuses (2). »

Ces premières conclusions auxquelles était arrivé P. Dubois, ne sont pas entièrement conformes à la vérité : on reconnaît d'ailleurs, à la lecture, que l'illustre accoucheur sentait lui-même l'exagération du jugement qu'il portait. Nous verrons, en effet, que l'auscultation, mieux connue par la suite, est arrivée à des résultats beaucoup plus avantageux.

Le renversement par P. Dubois lui-même de théories fausses, comme celle que défendaient Hohl et Monod, par exemple, est venu encore éclairer la question, et a permis à l'auscultation de fournir, dans le cas présent, les utiles

1. *Arch. génér. médecine*, page 456, tome 27, 1831.

2. *Ibidem*, page 466.

notions que l'on attendait d'elle. C'est surtout aux travaux de M. Depaul que la science est redevable des progrès qui ont été faits de ce côté, et le Traité d'auscultation obstétricale, publié en 1847, nous fournira encore les meilleures données pour nos recherches.

Voyons d'abord, pour n'y plus revenir, les objections qui ont été élevées contre l'opinion de ceux qui trouvaient, dans certains caractères du bruit de souffle un signe de gestation double. Hohl, et les partisans de sa théorie, soutenaient que l'existence du bruit de souffle en deux points différents du globe utérin, ou que son extension sur une surface considérable, avec exagération de la sonorité et de la rudesse, devaient faire croire à une grossesse gémellaire. Il citait à l'appui de son dire, seize observations, dans lesquelles, sept fois, il avait entendu deux bruits de souffle distincts et la délivrance avait donné deux placentas isolés ; et neuf fois, le bruit de souffle n'avait été trouvé qu'en un seul point, mais sur une étendue considérable, et après l'accouchement on avait obtenu une masse placentaire commune.

Voici ce que répond M. Depaul :

« Soutenir qu'on peut être instruit de l'existence d'une « grossesse gémellaire par la constatation de deux bruits de « soufflet, c'est d'une part raisonner en admettant comme « vrai un fait que je crois avoir démontré ne pas exister « (je veux parler d'une relation nécessaire entre le souffle « utérin et l'insertion du placenta) et, en second lieu, « oublier que le plus ordinairement, dans les grossesses « uniques, on trouve deux souffles bien distincts. D'un « autre côté, les partisans exclusifs de cette opinion, qui

« me paraît erronée, ne se sont pas souvenus suffisamment « de la disposition de l'œuf dans les grossesses doubles ; « car en admettant l'existence de deux placentas, anatomi- « quement séparés, ils se sont mis en désaccord avec l'ob- « servation qui ne nous fait rencontrer le plus souvent « qu'une masse placentaire, bien qu'on puisse la consi- « dérer, en général, comme représentant deux organes, « au point de vue physiologique. Quant à moi, je repousse « de toutes mes forces, une semblable prétention. Sur 14 « femmes grosses de deux enfants et chez lesquelles j'ai eu « occasion d'étudier les souffles utérins avec tout le soin « désirable, je n'ai rien noté de particulier que je n'aie or- « dinairement rencontré dans les grossesses simples » (1).

En somme, l'existence du souffle utérin, et les caractères spéciaux qu'il serait susceptible de présenter suivant certains auteurs, n'ont aucune valeur au point de vue du diagnostic de la grossesse double. On sait du reste que le souffle utérin, même au point de vue de la grossesse simple n'a pas par lui seul, comme signe de diagnostic, une valeur bien considérable.

Mais l'auscultation fournit, dans bon nombre de cas, une donnée tellement précieuse qu'elle suffit pour permettre d'affirmer l'existence de jumeaux. Il s'agit de la perception des battements de deux cœurs en deux points distincts.

« L'idée de l'application des doubles pulsations fœtales « au diagnostic de la grossesse gémellaire est presqu'aussi « ancienne que la découverte de l'auscultation obstétricale, « car on la trouve formulée dans le mémoire de M. de

1. Depaul. — *Traité d'Auscult. obstét.* page 234.

« Kergaradec qui avait entrevu que la constatation de « deux pulsations doubles dans des points différents du « ventre, avec défaut d'isochronisme servirait à faire « reconnaître la présence de deux enfants. Ce n'était, il « est vrai, qu'une simple conjecture que l'auteur n'avait » pu soumettre au contrôle de l'expérience, mais depuis, « des faits nombreux et parfaitement authentiques ont été « rapportés par d'autres expérimentateurs et ne peuvent « laisser le plus léger doute sur la possibilité de reconnaître « dans beaucoup de cas, l'existence d'une grossesse « gémellaire (1). »

Examinons en détail comment il est possible d'arriver à ce résultat et pour cela étudions les divers caractères présentés par les pulsations fœtales dans les cas de grossesse double.

Nægele fils a fait observer en 1838 que le diagnostic est souvent facilité par l'existence des battements doubles dans deux régions du ventre opposées, ces battements existant de chaque côté de la ligne médiane, l'un d'un côté et en haut, l'autre au côté opposé et en bas. Quelle que soit la présentation, tête ou siége, du premier fœtus, l'assertion est vraie et les bruits ne se trouvent pas sur une même ligne horizontale à cause de la situation respective des deux fœtus dont l'un est toujours inférieur à l'autre. Nous ne parlons pas évidemment des cas où la position des deux enfants est anormale, l'un étant situé devant l'autre, ou placé en croix, et d'ailleurs, le plus souvent, lorsque ces attitudes s'observent l'un des doubles battements n'est pas

1. Depaul. *Traité d'auscult. obst.*, page 292.

perçu ; lorsqu'ils le sont tous deux on les trouve très-rapprochés et présentant une différence plus ou moins marquée dans leur intensité. Mais dans le cas, ordinaire du reste, où l'un des fœtus est situé d'un côté, l'autre de l'autre, les deux foyers d'auscultation se trouveront comme l'a indiqué Nægele.

L'emploi de l'auscultation dans la grossesse gémellaire est soumis aux mêmes règles que dans la grossesse simple ; elle fournit des renseignements analogues et rencontre des difficultés de même genre. Il est cependant plusieurs particularités à noter qui ont une importance spéciale dans les cas dont nous nous occupons : je veux parler de la transmission des bruits du cœur des fœtus, de leur affaiblissement lorsqu'on s'éloigne peu à peu du foyer d'auscultation, particularités qui peuvent amener des erreurs fréquentes.

« Quelquefois, en effet, selon M. Depaul, les doubles « battements se propagent dans une étendue assez consi- « dérable ; aussi, pour être bien sûr de l'existence dans la « matrice, de deux cœurs, c'est-à-dire de deux enfants, « faut-il rencontrer deux points où ces doubles battements « s'entendent avec une intensité plus grande que partout « ailleurs (1). Enfin, dans certaines positions d'un fœtus, « seul contenu dans la matrice, il peut se faire que l'on « rencontre deux maximum d'intensité des bruits du cœur « l'un d'eux correspondant au plan antérieur de l'enfant, « l'autre au plan postérieur. »

Ou bien encore il se produira par exception deux bruits

1. Ces deux points peuvent être, dans certains cas, très-voisins l'un de l'autre mais cette difficulté seule ne suffit pas à empêcher de distinguer la présence de deux cœurs.

de transmission qui seront perçus en deux points différents de l'utérus alors qu'il n'y aura qu'un seul cœur fœtal. Par exemple, dans un cas où le dos se trouvera en arrière, les battements du cœur fœtal conduits à la fois, et avec une intensité peu différente, par le siége et par la tête pourront faire croire à la présence de deux cœurs aux deux points où ils seront le mieux perçus : d'autant plus facilement que sur l'espace intermédiaire à ces deux foyers supposés, les bruits s'affaibliront pour augmenter d'intensité à mesure qu'on s'approchera des points extrêmes. Mais, c'est là une exception fort rare et il serait nécessaire d'admettre en plus un isochronisme parfait dans les battements des deux cœurs.

Il faut encore se défier des cas dans lesquels on entendrait les bruits d'un même cœur transmis à la fois *directement* en un point par le foyer principal d'auscultation, le dos, ou, dans certains cas, la paroi antéro-latérale du thorax et *par propagation* dans un autre point en suivant l'extrémité pelvienne ou l'extrémité céphalique.

Le cœur de l'un des enfants peut battre vigoureusement tandis que l'autre s'entend à peine. Dans ce cas, surtout s'il y a isochronisme, on pourrait croire à une simple transmission des bruits d'un seul cœur, alors qu'il y aurait une grossesse gémellaire.

Enfin on se gardera de prendre à la fois les pulsations d'un cœur fœtal et celles du cœur maternel pour les pulsations de deux cœurs fœtaux.

Le plus souvent, il existe un caractère important qui empêche de commettre certaines de ces erreurs, c'est le

défaut d'isochronisme des battements des cœurs des jumeaux.

Chacun des enfants ayant sa vie propre et ses organes indépendants, il est facile de comprendre que le plus souvent, les contractions des deux cœurs suivent chacune un rhythme différent. C'est en effet ce que l'on observe généralement. Cette différence dans le nombre de battements pendant un espace de temps donné est un des meilleurs signes du diagnostic. Il importe donc de pouvoir arriver sûrement à la constater. Pour cela, il est bon, comme l'ont recommandé Adelmann et Kennedy, d'être deux observateurs et de compter ensemble à haute voix, ou exactement pendant le même nombre de secondes, chacun de son côté. Seul on arrive aussi très-bien à constater le défaut d'isochronisme en comptant avec attention et en recommençant plusieurs fois l'expérience avant de se prononcer définitivement.

Le résultat est parfois concluant et suffit pour affirmer la grossesse double très-longtemps à l'avance et sans le concours d'aucun autre moyen de diagnostic.

La différence dans le nombre des pulsations varie, en général, entre un minimum de 6 à 8, et un maximum de 15 à 16 et même davantage (34 pulsations, Cumming) par minute.

Il est utile de noter que l'isochronisme rencontré parfois ne suffira pas à faire rejeter l'idée d'une grossesse double si les autres signes que nous avons signalés déjà et ceux dont nous parlerons plus loin, fournissent des raisons suffisantes pour y croire.

Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, et, les conditions supposées normales, le diagnostic pourra se faire à

l'aide de l'auscultation. Prenons l'exemple suivant comme type de ce que l'on devra trouver dans les cas très-favorables. La grossesse est arrivée au cinquième ou au sixième mois ; on a été amené à rechercher la présence de deux enfants ; ceux-ci sont vivants ; l'un présente le siége à gauche, l'autre est à droite, la tête dirigée en bas vers le segment inférieur de l'utérus ; on trouvera les deux foyers d'auscultation en suivant les règles données par les auteurs, et on arrivera à établir un diagnostic complet, au point de vue de l'existence des deux enfants et de leur situation dans la matrice. Ces conditions heureuses se trouvent fréquemment réalisées : mais il n'en est pas moins vrai que les exceptions ne sont pas très-rares : « Il est cependant, dit M. Depaul, des circonstances qui sont de « nature à rendre le diagnostic (par l'auscultation) difficile, « impossible même : ainsi, par exemple, que les deux œufs « soient placés l'un au-devant de l'autre de manière que « celui qui est en arrière soit plus ou moins couvert par « l'autre, qu'il y ait une grande quantité de liquide « amniotique, les bruits pourront ne pas être transmis. »

Dans certains cas, les battements des deux cœurs sont entendus, en un même point, quand les fœtus arrivent presque à être superposés d'avant en arrière et alors, selon Jacquemier, les bruits paraissent d'une fréquence et d'une confusion extraordinaires.

« Il arrive encore, qu'en soupçonnant deux fœtus on ne « puisse pas parvenir à distinguer le second battement. Il « convient alors de renouveler l'examen plusieurs fois, à « un ou deux jours d'intervalle et la position réciproque « des deux enfants venant à se modifier quelque peu, ou

« les bruits acquérant plus d'intensité permettront d'en-
« tendre, par une recherche répétée, les bruits insaisissa-
« bles jusque-là. » (1)

L'auscultation seule est impuissante à faire diagnostiquer la grossesse double lorsque l'un des fœtus a cessé de vivre. « Un cas pourrait se présenter, dit M. Depaul (2),
« où elle reprendrait toute sa valeur. Je suppose que chez
« une femme déjà soumise à l'examen stéthoscopique et
« chez laquelle on s'était positivement assuré de l'existence
« de deux doubles bruits on n'en retrouve plus qu'un, en
« faudrait-il conclure qu'on s'était trompé ? Non, sans
« doute. Ce résultat serait plus naturellement attribué à
« la mort de l'un des produits, pourvu cependant qu'on
« l'eût plusieurs fois vérifié avec tout le soin nécessaire. »

Même dans les cas de mort d'un des fœtus, l'auscultation redevient de la plus haute utilité lorsqu'on la combine avec les autres moyens d'exploration. M. de Séré s'est surtout occupé de l'application combinée de l'auscultation et du toucher vaginal pour établir le diagnostic des grossesses doubles : il a publié à ce sujet plusieurs mémoires (3) : où il dit : « L'auscultation ayant établi une posi-
« tion ou présentation quelconque, si le toucher lui sert
« de contre-épreuve et vient contredire le diagnostic on a
« affaire à une grossesse double ou à un monstre. » Cela s'applique aussi au cas où les deux fœtus seraient vi-

1. Pajot. *Diagnost. de la grossesse. Annales de Gynécologie* tome 1.

2. Depaul. *Traité d'auscult. obst.*

3. De Séré. *Moniteur des Hôpitaux* 1855, page 1212. *Mémoire sur le diagnostic des grossesses doubles* 1856.

vants ; mais revenons à notre supposition, dans laquelle un des fœtus a cessé de vivre.

Voyons ce que soutient M. de Séré.

« Si celui des fœtus qui est mort occupe le segment « supérieur de la matrice, la question du diagnostic de- « meure insoluble : il n'y aurait, dit M. de Séré, que le « palper qui pourrait faire délimiter deux tumeurs et don- « ner des présomptions. » Nous reviendrons plus loin sur cette question. Signalons encore un fait intéressant que nous trouvons rapporté dans Schröder et qui a trait au point qui nous occupe. Suivant cet auteur, « il est très- « rare, ce qui est arrivé à Spaeth, (*Zeitschr. d. Ges. d.* « *Wien Aerzte* 1860 *n°* 15) de pouvoir affirmer son dia- « gnostic par ce fait que, au toucher on trouve des os mo- « biles, c'est-à-dire un enfant mort, et des battements du « cœur à l'auscultation, c'est-à-dire un enfant vivant. »

Diverses difficultés peuvent surgir, avons-nous vu, alors même que les deux enfants sont vivants : cherchons quels avantages on retirera de l'auscultation combinée au toucher. Nous avons supposé le cas où un des enfants était mort, examinons maintenant celui où il y a isochronisme dans les battements des deux cœurs.

« Si, dit M. de Séré, les deux enfants ont l'extrémité cé- « phalique tournée en haut, on ne pourra éviter l'erreur. » Heureusement nous verrons que le palper abdominal suffit à éclairer, dans ce cas, la situation.

« Si maintenant, les deux enfants ont la tête en bas, « le bruit du cœur de l'enfant situé dans le segment infé- « rieur de l'organe, sera perçu au-dessus de l'ombilic et « désignera une présentation pelvienne. La tête du deu-

« xième enfant étant à l'orifice du col utérin on sera forcé
« de conclure à la grossesse double, tout en faisant erreur
« en ce qui concerne la position du premier enfant. »

« Les bruits du cœur peuvent siéger au niveau et même
« au-dessus de l'ombilic, le doigt parvenant néanmoins,
« bien qu'avec difficulté, à toucher un sommet. Aussi ne
« faut-il pas conclure à une présentation pelvienne mal-
« gré la place qu'occupent les bruits et surtout à une
« grossesse double ; car l'implantation d'un placenta volu-
« mineux sur le col ou tout près, qui soulève beaucoup le
« fœtus et la tête, une quantité considérable de liquide
« le maintient ainsi et distend outre mesure l'utérus, de
« façon à faire croire à la grossesse double. »

En résumé, l'importance de l'auscultation au point de vue du diagnostic est de premier ordre. Souvent et seule, l'auscultation permet d'arriver à une certitude absolue, et en ce sens même elle est supérieure à tout autre moyen parce que, les précautions voulues étant prises, les battements du cœur fœtal sont caractéristiques et que rien ne saurait leur ressembler. Mais, dans certaines circonstances, elle perd une partie de sa valeur et a besoin d'être aidée par le toucher ou le palper pour conserver encore une utilité manifeste. Enfin dans d'autres cas, elle devient nulle, par exemple si les fœtus sont morts, etc. Toutefois, même dans ce cas, le praticien ne reste pas sans ressources pour arriver à établir un diagnostic certain.

Signalons les résultats que l'emploi de l'auscultation a fournis dans une douzaine des observations que nous avons recueillies et dans lesquelles le diagnostic de la grossesse gémellaire avait été fait d'avance.

Le plus souvent la présence de deux enfants a été reconnue par la constatation de deux foyers d'auscultation (Obs. II, V, XII, XXVIII, XXXVIII, XXXIX). Dans d'autres cas on ne trouvait qu'un seul foyer pour les battements du cœur fœtal, mais d'autres signes permettaient de faire le diagnostic ; c'était tantôt le palper abdominal (Obs. XI, XVI, XL), tantôt le toucher vaginal (Obs. XXI). Les causes qui ont empêché de trouver le second foyer ont été ou bien la position du dos en arrière, ou bien la faiblesse de l'un des enfants et une exagération de la quantité du liquide amniotique.

L'isochronisme dans le nombre des battements a été rencontré une fois : les deux cœurs battaient à 136 : c'étaient une fille et un garçon, la première pesant 2950 grammes le second cent grammes de moins.

Presque toujours il s'est trouvé une différence dans le nombre des pulsations : elle a été une fois de 16 pulsations, 136 et 152 (Obs. XXXIX). Un des cœurs a présenté les variations suivantes dans le nombre des pulsations. La première fois il battait à 136, quelques jours plus tard à 144 puis à 140, enfin pendant le travail le nombre a oscillé entre 136 et 144. Le cœur de l'autre enfant offrait toujours de 148 à 152 contractions par minute. Or, les deux enfants étaient du sexe féminin, et la fille dont le cœur battait le plus vite était celle dont le volume a été le moindre.

Si j'ai rapporté ces faits, c'est que certains auteurs, Schröder, par exemple, ont avancé que, dans les grossesses gémellaires, une fréquence notablement différente dans le nombre des pulsations des enfants parle, avec quelque res-

semblance, en faveur de jumeaux de sexe différent et que les battements les plus nombreux appartiennent aux filles. — On sait en effet que Frankenhauser, Cumming et d'autres (1) ont tenté d'établir que le nombre des pulsations du cœur est en rapport avec le sexe, avec le volume, le poids ou même avec la longueur des fœtus. Ainsi plus le nombre des pulsations serait élevé, plus on aurait de chance pour que ce fût une fille ; le cœur des enfants plus gros battrait aussi moins vite, toutes choses égales d'ailleurs. Jusqu'à présent les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs ne semblent se vérifier que dans les extrêmes, c'est-à-dire pour les pulsations qui sont très-fréquentes et pour celles qui le sont peu, les premières devant indiquer le sexe féminin, les secondes le sexe masculin et un volume plus considérable de l'enfant. Tel est, d'une manière générale, l'état actuel de la question : quant à ce qui concerne le diagnostic du sexe des jumeaux par le nombre absolu ou relatif des pulsations de leurs cœurs, nous croyons qu'il faut se tenir encore dans une prudente réserve. Nous avons vu que, si la théorie s'est trouvée entièrement vérifiée dans l'observation XXXIX, la précédente observation lui donnait un démenti complet. En effet, les cœurs des deux filles battaient également à 136 (chiffre peu élevé) et le poids des deux enfants ne fut pas trouvé identique : il eût donc été impossible, en suivant les théories avancées, de prédire :

1° Que les enfants fussent du sexe féminin (le nombre des battements de leurs cœurs indiquant plutôt des garçons).

1. Voir la thèse de mon collègue et ami, le Dr Dauzats : *Sur la fréquence des battements du cœur fœtal, Paris, mai* 1879.

2° Que leur volume différât (puisqu'il y avait isochronisme dans les pulsations).

3° **Palper**. — Dans les cas de grossesse gémellaire soupçonnée, les accoucheurs ont de tout temps songé à s'éclairer des renseignements fournis par la palpation de l'abdomen. Sans parler des anciens, nous voyons, au XVIIe siècle, Dionis de Paris, 1618, signaler que les mains appliquées sur le ventre de la femme peuvent sentir plusieurs et différents mouvements aux deux côtés ce qui serait pour lui un signe certain de grossesse double, surtout si l'on constatait deux éminences, l'une au côté droit, l'autre au côté gauche avec une ligne au milieu un peu déprimée.

Un siècle plus tard, en 1721, un autre Dionis, médecin à Liége, parle du palper abdominal comme moyen de reconnaître s'il y a deux enfants dans la matrice. Je regrette de n'avoir pu me procurer son travail pour voir quels progrès il avait pu faire effectuer à la question.

Un historique complet du palper serait ici déplacé : aussi je ne m'occuperai que de ce qui se rapporte directement à la grossesse double.

J'arrive à la première moitié du siècle actuel : le palper a déjà été étudié par différents auteurs, comme l'indique M. le Dr Pinard, dans son remarquable Traité (1).

Cependant les avantages de la méthode semblent ne pas être généralement reconnus et ce sont surtout les difficultés inhérentes au cas dont nous nous occupons qui sont, à ce moment, mises en lumière.

Voici ce que disait P. Dubois : « Quant à la sensation

1. A. Pinard, *Traité du palper abdominal*, Paris 1878.

« par la main de l'accoucheur et à travers les parois abdo-
« minales de plusieurs fœtus contenus dans la cavité uté-
« rine, cette circonstance est malheureusement exception-
« nelle : les parois abdominales sont ordinairement assez
« tendues dans les grossesses gémellaires pour n'être que
» difficilement ou douloureusement déprimées par la main
« et, d'un autre côté, il est beaucoup moins facile qu'on
« ne le pense généralement de distinguer avec certitude les
« diverses régions du fœtus à travers les parois de l'abdo-
« men et de l'utérus, et je rappellerai à cette occasion
« combien de fois j'ai fait remarquer à plusieurs d'entre
« vous à quel point l'extrémité pelvienne offre par sa ron-
« deur et sa résistance, à travers les parois qui la séparent
« de la main, les caractères de l'extrémité céphalique : ce
« signe ne me paraît pas en conséquence avoir une très-
« grande valeur (1). »

A peu près à la même époque, Cazeaux écrivait : « Le
« palper abdominal méthodiquement et complétement em-
« ployé conduit assez souvent au diagnostic de la grossesse
« gémellaire... On reconnaîtra en déprimant les parois
« utérines, partout où elles sont accessibles, que les par-
« ties fœtales semblent plus nombreuses que de coutume,
« qu'elles occupent toute la cavité utérine, sans laisser
« d'espace libre. Avec plus d'attention encore on *pourrait*
« *souvent* reconnaître deux têtes, deux siéges ou deux
« régions dorsales. »

Chailly-Honoré déclare que : « A l'aide du palper abdo-
« minal, si l'utérus est peu distendu par le liquide amnio-

1. P. Dubois. — Leçons cliniques. *Gaz. hôpitaux* 1843 n° 12.

« tique, on distinguera les différentes parties fœtales et leur « situation. Ainsi, il est possible de constater qu'au som- « met de l'œuf, il existe deux tumeurs, l'une à droite, et « en haut, solide, sphérique, formée par la tête de l'en- « fant ; l'autre à gauche et en haut, moins solide, plus « anfractueuse, réunies à de petites parties mobiles, cons- « tituée par l'extrémité pelvienne d'un autre enfant. »

Quelques années plus tard l'ouvrage de Mattéi venait encore préciser de la façon la plus remarquable, les données du diagnostic par le palper (1).

« Le palper est autrement utile pour le diagnostic des « grossesses doubles.

« Les deux fœtus ont chacun leur grand diamètre dirigé « plus ou moins suivant le grand diamètre de l'utérus et « sont placés par conséquent plus ou moins verticalement « pendant la grossesse. Chaque fœtus occupe le plus sou- « vent le segment latéral de l'utérus duquel il est le plus « rapproché. Lorsque la grossesse est simple, le palper « trouve toujours un des segments latéraux de la matrice « plus ou moins vide et quand ils sont tous les deux oc- « cupés par des parties fœtales, c'est déjà une présomp- « tion pour croire qu'il s'agit d'une grossesse double. Ce- « pendant il ne faut pas s'arrêter là et l'on doit explorer « soigneusement toutes les tumeurs qu'on peut atteindre.

« Lorsque la tête d'un des fœtus est en haut, elle est « très-apparente et reconnaissable aux signes que nous « avons déjà indiqués, mais peut-on croire alors à une gros- « sesse simple offrant une présentation du siége? C'est ce

1. Mattéi. *Accouchement physiologique.* Paris 1855.

« que va démontrer le reste de l'examen. On explore alors « soigneusement les parties latérales de l'utérus et l'on « trouve deux tumeurs allongées qui offrent tous les carac- « tères de deux troncs ; de plus, en examinant le détroit « supérieur, on a la sensation d'une tumeur céphalique, « reconnaissable à la pression simple et mobilisée mais sur- « tout reconnaissable au ballottement simple. Il est rare « qu'on puisse le circonscrire avec les deux mains et pro- « duire le ballottement double. La partie opposée à la tête « étant occupée alors par le siége de l'autre enfant, on ren- « contre ici une masse qui n'est point moins significative « pour le diagnostic.

« Si les fœtus ont tous les deux la tête en bas on trou- « vera alors les deux troncs sur les côtés et l'une des têtes. « Il arrive souvent que l'autre est engagée dans le détroit « ou est masquée par la première. Il peut se faire cepen- « dant que les deux têtes soient accessibles au palper et « qu'on saisisse même le point de leur séparation.

« Ce moyen d'investigation, comme on le voit, ne donne « pas seulement le diagnostic des grossesses doubles, il « donne la présentation de chaque fœtus. Ainsi dans le « premier cas, on aurait une présentation des pieds et une « présentation de la tête ; dans le second les deux fœtus se « présenteraient par le sommet. Dans le dernier cas, il n'y « a rien à faire, tandis que dans le premier, il peut y avoir « à opérer une version ou une réduction de la tête avant « ou pendant le travail » (page 158).

L'année suivante, 1856, et sous l'inspiration de Mattéi, une thèse était soutenue à la Faculté de Médecine de Paris par le Dr Pouthier. J'en extrais ce qui a rapport au palper

dans la grossesse double. « Beaucoup plus fréquemment « on a l'occasion d'employer le palper abdominal à la « recherche de deux têtes. Sans doute on pourra rencon- « trer des difficultés d'exploration tenant à la résistance, à « l'épaisseur, à la sensibilité des parois abdominales, à la « continuité des contractions utérines, mais ces difficultés « n'existent que dans un nombre limité de cas.

« On aurait tort, ce me semble, de négliger la recherche « de deux têtes quand on soupçonne une grossesse double. « Cette recherche est applicable à tous les jumeaux, morts « ou vifs, qui sont suffisamment développés ; elle est véri- « tablement facile dans un bon nombre d'accouchements.

« Toutes les fois en effet que le premier enfant présente « le sommet, la moitié de la difficulté disparaît déjà, « puisque rien n'est plus saillant que les caractères de la « présentation du sommet, alors même que la tête est « encore coiffée par le segment inférieur de l'utérus et que « l'orifice est difficilement accessible. La seconde tête, il « est vrai, pourra être difficile à reconnaître ; mais si par « exemple elle occupe le fond de l'utérus, c'est-à-dire si « le second jumeau présente l'extrémité pelvienne, ce qui, « comme on sait, arrive fréquemment, cette seconde tête « sera presque toujours très-facile à trouver. Tous ceux « en effet qui ont appliqué le palper abdominal, aux cas « où un fœtus vient par le siége, savent combien il est « aisé, en général, de sentir vers le fond de l'utérus cette « grosse tumeur, lisse, dure, arrondie que forme la tête « de l'enfant : cela est parfois si clair que la femme elle- « même ne s'y trompe pas et en conçoit à l'avance des « inquiétudes sur l'issue de son accouchement. Il est donc

« permis de dire qu'aux approches de l'accouchement « gémellaire et pendant sa durée, on peut fréquemment « constater, sans difficulté sérieuse, la présence de deux « têtes par l'emploi successif du toucher vaginal et du « palper abdominal. »

En 1864, à Strasbourg, était présentée une thèse (1) sur les applications du palper abdominal au diagnostic de la grossesse. L'auteur s'y occupe naturellement de la grossesse utérine composée ; il étudie spécialement par le palper, la forme de l'utérus dans les cas de gestation double, mais son étude reste un peu en arrière de ce qui avait été déjà avancé et ses conclusions sont moins positives au point de vue de la valeur du palper que celles où d'autres étaient arrivés, soit en France, soit à l'étranger. Il conclut en disant que le palper fournit de précieuses indications pour le diagnostic de la grossesse gémellaire, mais que ces indications ne doivent donner de certitude absolue qu'autant qu'elles auront reçu la sanction des autres procédés d'investigation.

Puis le silence semble se faire peu à peu au sujet du palper abdominal qui, du reste, n'était pas parvenu à être employé d'une façon générale par les accoucheurs. Les divers traités d'obstétrique contiennent à peine quelques lignes au sujet de ce moyen d'exploration, et nulle part il n'est décrit en détail. Partout cependant on le signale, on en vante même l'utilité dans le cas de grossesse double, mais tout le monde s'accorde à lui reconnaître ici des difficultés sérieuses.

1. Marchal. *Thèse Strasbourg*, 1864.

M. Tarnier, dans le *Texte de l'Atlas des accouchements*, 1865, écrit ceci : « Dans l'accouchement gémellaire, la « présentation et la position de chaque enfant se recon- « naissent aux mêmes signes que dans l'accouchement uni- « pare : nous ferons remarquer seulement qu'il faut être « en garde contre les résultats fournis par le palper et « l'auscultation ; car la présence de deux enfants dans la « matrice change singulièrement le résultat fourni par le « palper, et si cette méthode d'exploration fournit quelques « résultats satisfaisants, elle peut, tout aussi facilement, « induire en erreur. On comprendra aisément aussi « que l'auscultation n'est pas un meilleur guide et qu'on « peut être trompé par le maximum des battements du « cœur de l'enfant qui naîtra le second. »

Dans ses leçons cliniques, 1872, 1876, M. le professeur Depaul conseille de palper avec soin dans la grossesse gémellaire : « La main qui palpe doit trouver, dit-il, des deux « côtés de l'utérus transversalement développé, des parties « dures, arrondies, les autres anguleuses qui se rapportent « aux membres du fœtus. Que votre examen soit minutieux, « car dans deux autres circonstances vous trouverez au « ventre une forme presqu'identique ou un développement « également insolite : je veux parler des présentations de « l'épaule et de l'hydropisie de l'amnios. Mais dans ces « cas, vous pourrez limiter par le palper les deux extré- « mités du fœtus, la tête et le siége, l'une dans l'un des « côtés, la seconde dans l'autre : tout autour de ces deux « parties, l'utérus souple se laissera déprimer par la main « qui ne rencontrera que l'eau de l'amnios. »

Et, comme conclusion, le professeur ajoute : « Tout ce

« que la main appliquée sur le ventre peut habituellement « sentir, ce sont des parties fœtales nombreuses contenues « dans la matrice ; mais, quant à distinguer quelles sont « ces parties et si elles appartiennent à l'un ou à l'autre « fœtus, ce résultat ne peut être que très-exceptionnelle- « ment atteint et ne saurait, en conséquence, entrer en « ligne de compte, dans l'exposé d'un diagnostic sérieux, « qu'avec beaucoup de réserve. »

Dans ces dernières années, l'étude approfondie à laquelle les accoucheurs se sont livrés au sujet de l'accommodation du fœtus et du mécanisme de l'accouchement a ramené l'attention sur le palper abdominal. Si ce moyen d'exploration était déjà connu, il faut reconnaître qu'il a été tiré d'un oubli à peu près complet, que l'étude en a été perfectionnée et que son heureuse vulgarisation ne date pas de très-longtemps.

La question du diagnostic de la grossesse double a donc été reprise et je ne puis mieux faire que citer les opinions émises dans le traité de M. le Dr Pinard.

« Un fait, que je crois général, frappe, dit-il, dès qu'on « commence à explorer par le palper l'utérus qui con- « tient plusieurs produits de conception : *c'est la tension « permanente de la paroi utérine.* La sensation qu'on « éprouve alors, assez difficile à bien définir, est facilement « appréciable dès qu'on a tant soit peu l'habitude de ce « procédé d'exploration. Au lieu de déprimer avec facilité « la paroi utérine, on sent que cette paroi est tendue, ré- « sistante. C'est une sensation analogue à celle qu'on « éprouve quand on déprime la paroi d'une vessie de « caoutchouc distendue par du liquide ou par de l'air.

« Ce n'est pas la sensation molle qu'on perçoit, en l'absence « de toute contraction, quand on déprime la paroi de « l'utérus normalement rempli ; ce n'est pas davantage la « sensation dure, presque ligneuse qu'on perçoit quand on « déprime la paroi utérine lors de la contraction ; c'est « une sensation intermédiaire qu'on peut comparer encore « avec celle très-connue des médecins et qu'on perçoit « quand on déprime la paroi d'un kyste bien rempli.

« Si j'insiste sur ce point, c'est que cette tension cons- « tante de la paroi utérine ne se rencontre guère que dans « deux cas : les grossesses multiples, et l'hydropisie de « l'amnios. Donc, au point de vue clinique, ce signe ac- « quiert une véritable importance.

« Ce signe constaté ou non, voici ce que le palper fait « reconnaître : un premier pôle fœtal, l'inférieur est trouvé « dans l'excavation ou au niveau d'une des fosses ilia- « ques, un deuxième au fond de l'utérus ou au niveau « d'un des flancs.

« Le plan continu et résistant est également recherché « et reconnu. Jusqu'ici, en dehors de la sensation utérine « et de la difficulté un peu plus considérable qui en résulte « pour la palpation, les sensations sont celles fournies par « un fœtus unique ; mais en déprimant la paroi abdomi- « nale du côté opposé au plan résistant, au lieu de recon- « naître les petites parties, on en trouve une autre grosse, « ou bien un plan résistant.

« Il faut alors explorer avec soin les deux fosses ilia- « ques et tout le segment supérieur de l'utérus. Le plus « souvent, les deux grosses extrémités sont reconnues soit « en bas, soit en haut. Mais tandis que dans quelques cas,

« on arrive très-rapidement à constater l'existence de qua-
« tre pôles fœtaux, deux inférieurs et deux supérieurs,
« d'autres fois, il n'est possible d'en bien délimiter que
« trois ; la quatrième grosse extrémité, profondément
« située, se dissimule derrière une autre placée en avant.

« Il est généralement facile alors de reconnaître deux
« plans résistants et la présence de petites parties dans
« plusieurs régions de l'utérus.

« Ainsi, procédant avec douceur, afin de ne pas déplacer
« le fœtus, la présence de deux grosses extrémités corres-
« pondant à la région supérieure ou inférieure de l'abdo-
« men, met immédiatement sur la voie du diagnostic.

« Tout en reconnaissant les difficultés qui peuvent surgir
« quelquefois et qui ont pour cause et la tension de l'utérus
« et l'infiltration œdémateuse qui rend beaucoup plus
« épaisse la paroi abdominale, il n'en est pas moins vrai
« que ce diagnostic, pratiqué avec méthode, est généralement très-facile...

« C'est en procédant de cette façon que pendant mon
« internat à la Maternité, mon clinicat à la Faculté, j'ai pu
« par le palper reconnaître et affirmer la présence de deux
« fœtus dans trente-deux cas.

« J'ai pu même reconnaître par le palper une grossesse
« triple (la seule que j'aie jamais rencontrée) chez une
« femme qui, pendant le cours de sa grossesse, était venue
« se faire soigner à la clinique pour des varices enflammées
« des membres inférieurs.

« Je ne sache pas que le diagnostic d'une grossesse
« triple ait jamais été fait pendant la grossesse. aussi je
« crois que cette observation dont je donne le résumé vient

« une fois de plus démontrer la supériorité du palper « sur les autres procédés d'exploration mis en usage.

Grossesse triple. — Diagnostic fait à l'aide du palper du cinquième au sixième mois et sept semaines avant l'accouchement.

« La nommée F... entre à la clinique d'accouchement « vers la mi-septembre 1876, M. Guéniot suppléant alors « à M. Depaul. Un peu plus tard, on l'examina attentive- « ment au point de vue de la grossesse ; on reconnut que « le volume du ventre était exagéré relativement à l'âge de « la grossesse. En l'interrogeant, cette femme m'apprit que « son mari était un jumeau, que sa grand'mère à elle était « accouchée à quarante-deux ans de deux enfants, que de « plus, sa sœur avait eu également une grossesse gémel- « laire. Le palper fut alors pratiqué avec le plus grand « soin ; je reconnus d'abord une tête petite, tendant à « s'engager dans l'excavation, une autre tête fut ensuite « nettement perçue en haut ; on trouvait deux plans résis- « tants, l'un en bas et à gauche, l'autre en haut et à « droite, et des petites parties partout. L'auscultation, ré- « pétée un grand nombre de fois, ne révéla jamais qu'un « maximum à gauche et au bas, un autre au haut et à « droite.

« Le toucher démontrait qu'une petite tête commençait « à s'engager.

« Quelques jours après mon premier examen, je pus par « le palper reconnaître trois têtes d'une façon assez nette « pour annoncer la présence de trois enfants : une était « dans l'excavation, la seconde dans la fosse iliaque droite, « la troisième en haut, à peu près sur la ligne médiane,

« mais extrêmement mobile. Il me fut toujours impossible « de trouver trois foyers d'auscultation. Depuis ce moment, « je retrouvai à chaque examen les trois têtes qui furent « aussi reconnues par quelques élèves. Ainsi que me l'ap- « prit le docteur Budin, le palper était devenu très-difficile « vers la fin de la grossesse en raison de la tension et de « l'œdème de la paroi abdominale.

« Cette femme dont les règles étaient apparues du 15 « au 20 avril, accoucha le 1er décembre de trois garçons « pesant 1970, 1880, 1750 grammes. Tous les trois se « présentèrent par le sommet. »

Les longs détails dans lesquels j'ai tenu à entrer sont donc justifiés par l'importance du palper comme moyen de diagnostic dans les cas de grossesse double. Il est évident que dans les cas où ce moyen d'exploration est applicable (et ce sont encore les plus nombreux) il donnera à lui seul tous les renseignements utiles et qu'il les donnera même d'une façon plus complète qu'aucun autre procédé.

Mais il faut savoir aussi qu'il se trouvera en défaut parfois et dans la grossesse double plus que partout ailleurs. Les partisans les plus enthousiastes l'ont eux-mêmes reconnu. Wigand, M. Mattéi, M. Pinard signalent les conditions défavorables qui lui font perdre de sa valeur et quelquefois même le rendent impossible (1) et je ne saurais mieux faire que de rapporter en terminant ces sages préceptes de M. Mattéi.

« Aucun de ces moyens d'investigation, toucher, aus- « cultation, palper, n'exclut un ou plusieurs d'entre eux ;

1. Voir l'observation de grossesse gémellaire dans la thèse du Dr Budin. Paris, 1876, page 59.

« ils se contrôlent tous et se complètent mutuellement.
« Dans les cas douteux, il faut les réunir pour s'arrêter
« aux plus concluants. On ne saurait jamais trop s'exercer
« à les mettre tous en pratique, mais quand on sait les
« employer, on peut être moralement sûr de son diagnostic
« depuis le sixième mois de la grossesse jusqu'aux derniers
« moments de l'accouchement » (page 175).

Voici quels ont été les résultas fournis par le palper dans quelques-unes des observations que j'ai recueillies et où le diagnostic a été fait avant l'accouchement :

Obs. XI. — Le palper fait reconnaître la présence de deux fœtus : on n'entend les bruits que d'un seul cœur.

Obs. XII. — La palpation permet de distinguer des extrémités fœtales nombreuses : il y a deux foyers d'auscultation.

Obs. XVI. — Beaucoup d'extrémités anguleuses sont reconnues : un seul double bruit est distingué.

Obs. XXXVIII. — La tension des parois empêche de pratiquer le palper : l'auscultation découvre deux foyers.

Obs. XXXIX. — Palper rendu impraticable pour la même raison. Diagnostic fait par l'auscultation. — Pendant le travail, le palper permet de suivre l'évolution du second fœtus.

Obs. XL. — Diagnostic porté à l'aide du palper méthodiquement employé. Un seul bruit étant perçu.

Nous terminerons cette étude du diagnostic en constatant que, dans les derniers mois de la grossesse, à l'aide de tous les moyens en son pouvoir, un accoucheur attentif et expérimenté doit arriver, sauf très-rares exceptions, à reconnaître la présence de deux enfants dans l'utérus. Or,

l'importance qu'il y a à être fixé à l'avance, dans ces cas, ne peut être méconnue, quoi qu'en aient dit les auteurs.

On ne doit pas, en effet, autant que possible, se contenter de reconnaître la grossesse double au moment du travail où même quand il est à moitié terminé. Nous verrons que cette demi connaissance de l'état des choses est parfois très-préjudiciable, pendant le travail et regrettable, même pendant la grossesse, car alors on ne se méfiera ni de l'avancement probable de l'époque de l'accouchement, ni des accidents plus fréquents, tels que albuminurie, éclampsie : il peut enfin importer à la famille d'être instruite du cas particulier qui va se présenter.

Dans des cas exceptionnels le diagnostic devra encore établir s'il s'agit de certaines conditions qui sont susceptibles d'être observées parfois.

Il faudra peut-être reconnaître si à côté d'un utérus gravide ne se trouve pas une grossesse extra-utérine. Hohl prétend qu'on arriverait au résultat en pratiquant l'exploration externe.

Une dégénérescence graisseuse des deux ovaires a été prise pour une grossesse gémellaire par une sage-femme et deux médecins. L'*Union médicale* qui rapporte le fait (nº 48, 1872), assure que l'erreur aurait pu être évitée, vu l'absence d'un grand nombre des signes de la grossesse.

Une grossesse double a pu exister dans les conditions suivantes : un fœtus développé et une môle embryonnée se trouvant à la fois dans l'utérus (obs. Berton. *Archives de méd.* 1re série, t. XX, 1868, citée dans la *Thèse de Char-*

pentier, agrég. 1869). Mais ce sont là des faits curieux dans lesquels le diagnostic serait fort difficile.

Les tumeurs se développant à la périphérie du fœtus ont été signalées par Joulin (*Thèse agrég.*, 1861) comme pouvant faire croire à une grossesse double. Ces tumeurs se développent surtout vers la base de la colonne vertébrale, de sorte que l'on aura pu croire à une grossesse gémellaire avec engagement prématuré de la tête du second fœtus, causant l'arrêt du travail.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus, soit qu'elles existent seules, soit qu'il y ait grossesse concomitante, sont susceptibles d'apporter une grande difficulté dans le diagnostic. Nous ne faisons que signaler ces diverses particularités qui n'ont pas un intérêt pratique suffisant, vu leur rareté.

TROISIÈME PARTIE

DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE NORMAL ET PATHOLOGIQUE.

La gestation double que nous avons appris à reconnaître à l'aide des divers signes ou moyens indiqués plus haut, doit être considérée comme désavantageuse. Supposons, que nous puissions suivre, par l'observation et depuis le moment de la conception, un certain nombre de femmes enceintes de deux produits, nous constaterions la fréquence de l'avortement au début de la grossesse. Il est logique d'admettre, en effet, que les deux germes se développant à la fois et constituant une masse d'un volume exagéré, eu égard aux dimensions de la cavité utérine, améneront une excitation de l'organe plus forte que dans les cas ordinaires et qui, devenant pathologique, produira l'expulsion de l'œuf. Un certain nombre de grossesses doubles se termineront donc dès leur début.

Dans d'autres cas, cette lutte initiale entre l'utérus et son contenu ne se produit pas ; l'hypertrophie normale de la fibre musculaire arrive à suivre le développement de l'œuf et les premiers mois de la grossesse se passent sans qu'aucun symptôme particulier éveille l'attention de la

femme. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'harmonie entre le développement des germes et celui de la matrice peut cesser d'un moment à l'autre et, plus souvent que dans la grossesse simple, l'avortement des premiers mois est ici observé. Les auteurs sont d'accord à ce sujet ; il n'est cependant pas possible de citer de chiffres à l'appui de cette opinion, les femmes ne venant guère, à cette époque de la grossesse, dans des services où de semblables statistiques pourraient être établies.

Puis arrivent le cinquième et le sixième mois ; un nouveau caractère des grossesses doubles survient, c'est le développement exagéré du ventre eu égard à l'âge de la grossesse. Les accidents de l'époque précédente sont toujours menaçants, bien entendu, et l'avortement n'est pas rare.

Plus tard, les fœtus sont parvenus à l'âge de viabilité, l'utérus atteint d'ordinaire un développement considérable, et c'est le moment où s'observent les inconvénients de la grossesse double. La femme commence à éprouver une gêne notable ; elle présente de l'œdème des membres et du tronc, des varices ; les grandes fonctions sont troublées, la respiration et la circulation se font moins bien, l'albuminurie peut survenir avec ses fâcheuses conséquences (1). L'accouchement prématuré se montre fréquemment.

1. Peter (*Leçons sur l'éclampsie puerpérale* 1875). « La grossesse « gémellaire prédispose à l'éclampsie, non pas parce que l'utérus « est plus volumineux et comprime davantage les veines rénales, « mais parce que la masse du sang est nécessairement plus con- « sidérable encore dans le système vasculaire de la mère et que les « besoins uropoiétiques sont plus grands pour deux fœtus que pour « un seul, qu'ainsi enfin la pression vasculaire est plus forte alors « dans les reins maternels. »

Dans le huitième et le dernier mois les inconvénients persistent, ils augmentent même avec le développement extrême des fibres utérines, et le plus fréquemment, le travail survient avant le terme normal de 270 jours. Dans quelques cas enfin, la grossesse est menée à bout heureusement quoiqu'avec peine, et l'accouchement se déclare.

Pour les derniers mois de la grossesse on a pu avoir quelques renseignements précis sur l'époque de l'accouchement.

Ainsi sur 17 cas observés à la clinique de Paris, en 1855-56 (*Thèse de Pouthier*, 1856), on comptait :

4 fois.	. . .	neuf mois de grossesse.
2 —	. . .	huit mois et demi.
2 —	. . .	huit mois et une semaine.
3 —	. . .	huit mois.
2 —	. . .	sept mois et une semaine.
1 —	. . .	six mois et demi.
1 —	. . .	cinq mois et demi.

Dans les 41 cas que j'ai rassemblés, la terminaison de la grossesse a eu lieu à :

Quatre mois et demi. — Obs. XXXIV.

Cinq mois. — Obs. V (frayeur, hystérie), XXXV.

Six mois. — Obs. III (fatigue), IV (bronchite, anémie), VII, XXIV, XXV, XXXIII.

Sept mois. — Obs. XVII, XVIII, XXVII, XXIX (course en charrette).

Sept mois et demi. — Obs. XXX, XXXVII.

Huit mois. — Obs. I, VIII, IX, XX, XXII, XXIV, XXXI, XXXII, XXXVI, XXXVIII, XL, XLI.

Neuf mois. — Obs. II, VI, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XIX, XXI, XXIII, XXVIII, XXXIX.

Mais ces observations sont prises dans un hôpital où les femmes ne viennent guère que lorsqu'elles se croient à terme : combien ont été surprises par un travail prématuré ? on ne peut le savoir et sûrement le rapport du nombre des accouchements à terme aux autres doit être inférieur en réalité, à celui que nous trouvons ci-dessus.

Nous sommes arrivés maintenant au moment du travail et nous allons exposer les divers soins que le praticien est appelé à donner à la femme dans l'accouchement de jumeaux.

Bien que la plupart du temps on n'ait affaire en réalité qu'à deux accouchements simples successifs, il n'en faut pas moins savoir que des accidents variés et quelquefois très-graves sont à prévoir ou à combattre. Le cas d'accouchement gémellaire peut nécessiter, à un moment donné, de la part du praticien une connaissance entière de l'obstétrique, comme il exige dès le commencement du travail une surveillance prudente et attentive.

Supposons d'abord le cas, heureusement le plus fréquent, de l'accouchement normal.

ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE NORMAL.

Il pourra se faire que la dyspnée et que l'œdème exigent pendant le travail, une position spéciale demi-couchée. Les

varices, l'infiltration œdémateuse sont à surveiller au point de vue du diagnostic exact du siége d'une hémorrhagie qui se produira peut-être plus tard et au point de vue de l'éclampsie qui s'observe ici plus fréquemment, comme nous le verrons en parlant des complications.

Les contractions commençent à se produire : elles sont généralement faibles, trop espacées, insuffisantes.

« L'excessive distension de l'utérus, dit Cazeaux, rend « les contractions beaucoup moins fréquentes et énergiques : « le travail commençant souvent avant la fin du neuvième « mois, le col n'a pas encore subi les modifications qui « rendent à terme la dilatation facile ; l'élévation de la part- « tie qui se présente et dont l'engagement est gêné par la « présence simultanée du second fœtus, la perte considé- « rable et la décomposition des forces qu'occasionne la « présence d'un œuf encore intact dans l'intérieur de l'uté- « rus, concourent encore à ralentir le travail. »

« La contractilité utérine, suivant M. Depaul (1), est « sujette à une modification qui peut avoir les conséquen- « ces les plus graves, c'est l'état tonique ou permanent « qu'on a désigné sous le nom de contractions irrégulières « ou tétaniques. On observe cet état quand le parois utéri- « nes sont *véritablement distendues* (par la présence de « deux jumeaux volumineux par exemple). »

Il est évident que les règles ordinaires au point de vue de la rupture de la poche des eaux, de l'intervention de l'accoucheur par le forceps ou la version, et de l'administration du seigle ergoté conservent ici toute leur valeur :

1. Depaul. — Art. Accouchement. *Dict. encyclop. des sc. méd.* page 357.

je ne n'en parle pas, ayant supposé que l'accouchement se faisait spontanément, même avec la lenteur et l'irrégularité des contractions utérines qui ont été signalées.

En recherchant quelle était d'habitude la situation des jumeaux dans la cavité utérine, nous avons déjà pu remarquer la fréquence relative des présentations autres que celles de l'extrémité céphalique. Aussi le médecin aura-t-il plus souvent que dans la grossesse simple, un accouchement par l'extrémité pelvienne à surveiller attentivement pour intervenir utilement en temps opportun.

Quelquefois, quoique assez rarement, nous l'avons vu, le plan latéral d'un premier enfant se présentera au détroit. Mais c'est surtout pour le second que cette présentation est observée. Parfois même, les deux fœtus ont pu arriver au détroit supérieur dans la même attitude et M. le professeur Depaul citait encore récemment à sa clinique un cas dans lesquel il eut à faire successivement, et en quelques minutes, deux versions pour amener des jumeaux qui se présentèrent par le plan latéral.

Le médecin doit donc s'attendre assez fréquemment à une présentation du siége pour le premier fœtus. Il suivra dans ce cas les règles habituelles, sachant que les difficultés observées généralement au moment du dégagement de la tête seront, ou augmentées par la faiblesse des contractions utérines, ou au contraire, évitées en partie, grâce au volume ordinairement moindre de l'enfant.

Après la naissance du premier enfant, le diagnostic de la grossesse double ayant été établi d'avance, il conviendra de constater si on ne s'est pas trompé. Pour cela il faut explorer l'utérus par la palpation ; cette précaution, absolument

nécessaire d'ailleurs et pour d'autres raisons, après l'accouchement quel qu'il soit, ne permettra pas de laisser un second enfant ignoré dens la matrice, de même qu'elle évitera au médecin cette situation pénible d'annoncer et d'attendre un enfant qui n'a jamais existé.

Si le diagnostic de la présence d'un second enfant est fait à ce moment il ne faut pas en informer brusquement la mère ; l'émotion vive que produirait cette nouvelle ainsi annoncée pourrait influer d'une manière fâcheuse sur la marche consécutive du travail.

Le premier enfant étant né, le cordon ombilical sera coupé entre deux ligatures. Personne ne soutient plus aujourd'hui l'opinion de Gardien (1), qui prétendait inutile cette précaution déjà recommandée par de la Motte (2), Guillemeau (3) et Mauriceau (4).

Ceci fait, on constatera le plus souvent un arrêt momentané du travail. La femme semble reprendre quelques forces et jouir d'un instant de repos. Ce moment doit être surveillé d'une façon très-attentive, car, plus souvent que d'habitude, des accidents sont à redouter. La déplétion subite et incomplète de l'utérus, la présence du second enfant dans un point de sa cavité, l'hydropisie de l'amnios assez souvent observée dans ce cas, sont susceptibles de rendre difficile ou exagéré le retrait des parois, de décoller le placenta immédiatement et d'amener une hémorrhagie interne encore plus dangereuse que de coutume puisque,

1. *Dictionnaire en* 60 *volumes*. Art. Jumeaux.
2. *Traité des accouchem.*, 1765, page 128, tome I.
3. *De la grossesse et de l'accouchement des femmes*, 1621, p. 228.
4. *Traité des maladies des femmes grosses*, 1681, page 241.

outre les accidents ordinaires, elle pourra causer rapidement la mort du second enfant. Ce temps de l'accouchement exige donc l'attention du praticien.

Il est de toute nécessité alors de surveiller l'état de l'utérus et d'ausculter les bruits du cœur fœtal ; les renseignements que fourniront, dans certains cas, l'examen par le palper et l'auscultation décideront l'accoucheur à une intervention active dans l'intérêt de la mère ou du dernier enfant.

Au bout d'un quart d'heure, vingt minutes en général, le travail recommence et si la poche des eaux du second n'a pas été déchirée pendant le travail, elle s'engage tantôt immédiatement, tantôt après un temps plus ou moins long, il est possible de reconnaître par le toucher la présentation du second fœtus. Il arrive assez souvent aussi que le second reste quelque temps élevé. Mais à mesure que les douleurs se reproduisent, le fœtus est amené au détroit supérieur ; la main et l'oreille permettent souvent de reconnaître et de suivre cette évolution. Dans les cas où elle se fait normalement, quand le fœtus descend suivant son diamètre longitudinal sans qu'aucun accident survienne, il n'y a qu'à attendre. L'un des deux pôles arrivera au détroit et s'engagera, dilatant de nouveau et avec facilité l'orifice du col. Il ne paraît pas très-utile dans ces cas normaux ni de se hâter à rompre la poche des eaux et à *exprimer* le fœtus par des pressions sur le fond de l'utérus, comme dit Barnes (1), ni même de faire une version par manœuvres externes, le premier accouchement ayant préparé les voies

1. Robert Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales.*

de façon que la naissance par le siége d'un second enfant, peu volumineux, ne doive pas s'accompagner de difficultés sérieuses. Il faut noter aussi que cette opération si bien faite et si facile qu'elle soit dans ce cas aurait à compter avec la facilité malheureuse que possède l'utérus pour s'enflammer après les accouchements multipares.

Enfin, toujours dans les cas supposés les plus simples, l'expulsion du second fœtus se fait facilement, soit par le sommet, soit par le siége et on voit même souvent manquer un ou plusieurs temps du mécanisme que l'on connaît et dont l'utilité a disparu dans les conditions présentes.

Les deux jumeaux sont au monde, que reste-il à faire ? Il faut encore surveiller la femme. Plus que lors du premier accouchement, l'inertie utérine et l'hémorrhagie sont à redouter. La déplétion d'un utérus énormément distendu est aussi une cause prédisposante très-marquée pour la syncope simple, sans perte. Des accidents fâcheux dus à ces diverses causes ont été signalés et tous les auteurs s'accordent à ce sujet. « Les femmes qui accouchent de « plusieurs enfants sont exposées à perdre d'une façon « dangereuse à la suite de leur couche, ce dont rendent « facilement compte d'une part la fatigue utérine et l'iner- « tie qui en est fréquemment la conséquence, et d'autre « part la multiplicité des sources d'hémorrhagie ouvertes « par le décollement d'un vaste gâteau placentaire. » (1)

Barnes a énoncé les mêmes faits d'une façon plus précise. « Chacun sait, dit-il, qu'il y a plus de danger d'hé- « morrhagie dans ce cas, car non-seulement l'utérus est

1. E. Bailly. Art. Ergot de seigle. *Diction. de méd. et de chirur. pratiques.*

« affaibli par son extrême distension mais il présente une « plus large surface s aignante. D'après mes calculs, la sur- « face d'un placenta unique est de 150 millim. carrés, « la surface d'un placenta gémellaire est de 250 millim. car- « rés ou davantage. Dans les accouchements doubles, il y a « donc une plus large surface saignante et une moins « grande force pour la resserrer (1). »

Continuons la description de l'accouchement toujours supposé normal. L'utérus revient sur lui-même et au bout d'un temps variable, généralement un peu plus considérable qu'après un accouchement simple, on reconnaîtra l'apparition des dernières contractions qui doivent amener le décollement et l'expulsion de la masse placentaire. « Si la rétraction se faisait trop attendre, il « serait bon de stimuler la matrice par des frictions exté- « rieures et ce moyen restant sans succès, on devrait, sui- « vant en cela l'exemple de M. Dubois, donner deux gram- « mes de seigle ergoté et faire bientôt après la délivrance « artificielle. Un fait digne de remarque, c'est que les trac- « tions faites sur les cordons ombilicaux, pour entraîner les « délivres, ne sont pas également efficaces, suivant qu'on « les exerce sur l'un ou sur l'autre cordon. M. Dubois a « remarqué qu'il était préférable de tirer sur le cordon du « second enfant plutôt que sur celui du premier, et que « les efforts portant sur les deux cordons à la fois ne produi- « sent par un résultat aussi fructueux. Ce sont là cepen- « dant des règles sujettes à exceptions, et M. Depaul con- « seille de prendre alternativement l'un et l'autre cordon

1. Barnes. *loc. cit.*

« pour connaître auquel des deux il est préféable de s'a-
« dresser dans la délivrance d'une grossesse gémellaire(1). »

Nous avons supposé jusqu'ici le cas le plus favorable et nous avons vu comment les choses se passent dans ces conditions ; mais il est rare que depuis le commencement du travail jusqu'à sa terminaison complète, il ne se produise pas quelqu'une des particularités sur lesquelles nous allons revenir, avant d'aborder l'étude des véritables accidents de dystocie.

Au point de vue de l'accouchement du premier fœtus il n'y a à signaler que la nécessité plus fréquente de l'aide chirurgicale. Nous trouvons parmi nos observations, que sur 40 fois, il y eut onze présentations pelviennes pour le premier enfant : une de l'épaule, enfant à terme, et une seconde dans un avortement de six mois. Souvent donc pour le premier, on aidera à un accouchement par le siége ; rarement on aura à faire la version ; il est bien entendu que pour les présentations céphaliques les indications d'intervention peuvent exister comme dans les cas de grossesse unipare. Six fois le forceps a dû être employé pour extraire le premier enfant (obs. IX, éclampsie), XVII, occipito-postérieure, XXVIII, (lenteur travail), XXXI et XL (le travail commençant à se ralentir après avoir duré assez longtemps pour que la dilatation fût complète). — (Obs. XLI, éclampsie).

D'habitude, comme nous l'avons vu, le placenta reste dans

1. Depaul. *Leçons cliniques*, *page* 262.

l'utérus et on se garde de toucher au cordon, mais si le placenta décollé vient s'offrir à l'orifice utérin, faut-il l'extraire isolément? Suivant M. Devilliers (1), cet obstacle est une illusion et il n'y a pas lieu de s'occuper du placenta déjà détaché, lequel sera facilement poussé au dehors par le second enfant. Pour d'autres, il serait permis d'essayer de l'extraire pour dégager le passage mais ce ne serait qu'à l'aide de tractions très-prudentes, à cause de l'adhérence possible des deux placentas. Il est rare en effet que les délivres soient absolument indépendants. Dans ce cas, le premier pourra être expulsé et le travail cesser complétement; alors, si l'enfant n'est pas à terme, il est indiqué de laisser la grossesse continuer sa marche, si le second œuf est intact.

Nous avons signalé plus haut la possibilité de l'hémorrhagie interne ou externe après l'expulsion du premier enfant, il nous reste à indiquer la conduite recommandée dans ces conditions. Il faut, pour sauver le deuxième enfant qui va mourir avant d'être né et pour préserver la mère elle-même, employer immédiatement le forceps ou la version; le forceps, si la tête est arrivée au détroit inférieur ou si elle est profondément engagée et fixée; la version, dans tous les autres cas, est généralement préférée de beaucoup, car elle a le grand avantage d'exciter la matrice par le contact de la main, de réveiller ses contractions et de combattre l'inertie consécutive. Il est même bon de donner du seigle à la femme en même temps que l'on commence l'opération, et, la version achevée, de faire le

1. Devilliers. —Art. délivrance. *Diction. de méd, et de chir. pratiques.*

traitement des hémorrhagies graves. Je signale ici ces accidents car on les voit même survenir alors que la présentation du fœtus et la marche du travail ont été jusque là des plus régulières.

Quelquefois l'accouchement du second enfant a lieu immédiatement après la sortie du premier : une ou deux douleurs suffisent à le faire naître. Mais nous avons vu qu'il se passait d'habitude environ trois quarts d'heure avant la réapparition des contractions utérines.

Nous arrivons maintenant à une question qui a toujours été fort controversée, c'est celle du temps pendant lequel on doit attendre ce retour des contractions et du mode d'intervention. Il est question naturellement des cas ordinaires, savoir de ceux où les deux œufs sont à peu près également développés et reliés soit par une masse placentaire commune, soit par les membranes, de façon qu'un fœtus étant né, l'autre doive être expulsé également. L'utilité de l'intervention chirurgicale, après la naissance du premier enfant, la manière de faire et le choix du moment le plus utile, ont donné lieu autrefois à des discussions, souvent fort vives, entre les praticiens.

Voyons d'abord combien de temps s'écoule d'ordinaire entre la sortie du premier et du deuxième enfant. Je citerai, à ce sujet, un tableau dressé par le Dr Grout, de Rouen, et portant sur 1659 accouchements (1).

Le deuxième enfant a été mis au monde pendant le

Premier quart d'heure.	834 fois
Deuxième —	320 »

1. Grout, *Union médicale Seine-Inférieure*, mars 1866.

Troisième	—	. . . . .	19 »
Quatrième	—	. . . . .	215 »

Durant la	2e heure. . .	88	fois	Durant la	12e heure. . .	14	fois
—	3e — . .	29	»	—	13e — . .	11	»
—	4e — . .	26	»	—	14e — . .	1	»
—	5e — . .	20	»	—	16e — . .	2	»
—	6e — . .	20	»	—	18e — . .	4	»
—	7e — . .	8	»	—	20e — . .	4	»
—	8e — . .	7	»	—	21e — . .	3	»
—	9e — . .	7	»	—	22e — . .	1	»
—	10e — . .	4	»	—	23e — . .	2	»
—	11e — . .	2	»	—	24e — . .	1	»

Au bout de plus d'un jour 11 fois.
de deux jours 2 »
de quatre jours 1 »
de six jours 2 »
de neuf jours 1 »

Nous savons qu'il se produit souvent, soit une présentation de l'épaule, soit une procidence du cordon ou des membres qui exigent une intervention immédiate, mais, pour le moment ces faits sont mis de côté : examinons simplement la conduite recommandée par chacun après la naissance du premier enfant.

Louise Bourgeois, 1626, disait : « Si le second vient « mal, il ne faut pas laisser de rompre ses eaux et l'ame- « ner par les pieds car il a fait tous les efforts de venir le « premier, tellement qu'en la posture qu'il est demeuré, « il ne s'en peut changer ; le prolonger lui est plus nuisi- « ble que profitable. »

Mauriceau conseillait, quand le premier enfant est sorti,

d'ouvrir les membranes et de faire écouler les eaux du second enfant, quand il est bien situé, pour accélérer l'accouchement et laisser finir naturellement, ayant même fait la réduction du cordon et des bras sortis, ainsi que des têtes mal situées, pour suivre cette intention. Cette pratique de Mauriceau qui était suivie aussi par Peu (1) et Rœderer, fut vivement attaquée.

« Il y en a qui veulent, disait Dionis (2), que si un se-
« cond enfant se présente par la tête, de le recevoir dans
« cette situation ; mais cette pratique est opposée au senti-
« ment des plus habiles accoucheurs qui conseillent de le
« retourner et de le faire venir par les pieds. »

C'était aussi l'opinion de De la Motte (3) qui avait d'abord suivi la manière de Mauriceau et qui devint plus tard un ardent partisan de la version immédiate dans tous les cas.

Deleurye (4) conseillait pour principe : de ne point attendre que le second enfant vienne. Dans ce cas, dès que le premier est venu, il faut s'en débarrasser, saisir les pieds et les amener dans la vagin où on les laissera plus ou moins de temps, cela dépendra des contractions vives ou éloignées de la matrice.

Smellie (5) s'était arrêté à une opinion mixte qu'il a ainsi exprimée: « Si la femme a de fortes douleurs et qu'il n'y ait
« ni pertes ni faiblesses à craindre, pourvu que la tête se pré-

1. Peu. *Pratique des accouchements. Paris*, 1694. page 209.
2. Dionis. *loco. cit.* page 300.
3. De la Motte. *Traité d'accouch.* 1754.
4. Deleurye. *Traité des accouch.* 1777, page 351 § 819.
5. Smellie. *Traduit par de Préville*, 1754.

« sente bien et qu'elle paraisse disposée à sortir, elle se dé-
« livrera encore de ce second de la manière naturelle.
« Lorsque les membranes ne sont point rompues, que la
« tête ne suit point immédiatement ou que l'enfant se pré-
« sente de travers, il faut le retourner tout de suite et le
« délivrer par les pieds. Mais si le bassin est étroit, que la
« femme soit forte et que la tête se présente il faut tout
« abondonner aux soins de la nature. » (tome I. page 392).

C'est en somme de toutes ces opinions qu'a été composée la règle actuelle de l'intervention après la naissance du premier jumeau.

P. Dubois se fondant sur la raison et l'expérience a indiqué un moyen terme d'une heure après lequel il faudra chercher à produire le travail dans les cas ordinaires.

Cazeaux résume ainsi les indications d'une intervention plus rapide :

« Il est des cas où il ne peut y avoir d'hésitation. Ainsi,
« 1° quand la naissance du premier enfant a été longue,
« difficile, a nécessité l'intervention de l'art et que les
« forces de la mère paraissent épuisées par ce premier tra-
« vail ; 2° lorsque, après ou pendant la naissance du pre-
« mier enfant, il survient un accident qui menace les jours
« de la mère ou du second jumeau ; 3° lorsque celui-ci se
« présente au détroit supérieur dans une position défavo-
« rable, et qui, par elle-même, exige la version, il faut
« immédiatement la pratiquer. Mais dans tous les cas, il
« ne faut nullement hâter l'expulsion : on tirera très-len-
« tement sur l'extrémité pelvienne afin de ne pas trop ra-
« pidement désemplir l'utérus et éviter l'inertie et l'hémor-
« rhagie qui pourrait être la conséquence de cette déplé-

« tion trop rapide. Il sera même très-prudent, lorsque,
« par l'évolution, on aura converti la position défectueuse
« en position du pelvis, de confier le reste du travail aux
« efforts expulseurs de l'utérus. »

Ce précepte recommandé également par Dubois serait très-rarement applicable, suivant M. Depaul et il vaut mieux extraire complétement l'enfant dans ce cas, tout en employant la prudence voulue pour permettre à l'utérus de revenir peu à peu sur lui-même.

En résumé, après l'expulsion du premier enfant et dans les conditions normales, c'est-à-dire l'accouchement gémellaire devant se terminer en une seule fois, on pourra attendre environ une heure, pendant laquelle généralement la seconde poche des eaux se forme et l'enfant arrive au détroit, puis, si les douleurs ne paraissent pas suffisantes, on frictionnera le fond de l'utérus, on percera la poche s'il y a présentation de l'une des extrémités fœtales. M. Depaul recommande même de donner un peu de seigle et de laisser terminer l'accouchement en le surveillant.

Si le plan latéral est senti à travers les membranes on commencera par respecter la poche en s'assurant de la présentation, puis, le diagnostic établi, on pratiquera, immédiatement, la version.

Les règles habituelles pour combattre l'inertie utérine seront de plus observées et on procédera bientôt à la délivrance, surtout si on a employé l'ergot.

La version, dans le cas d'accouchement gémellaire offre quelques particularités intéressantes à signaler ici. C'est le plus ordinairement pour le second enfant que se présente l'indication de son emploi.

Nous noterons quelques conditions spéciales à ce cas : « La main s'introduira facilement, la recherche des pieds « ne présentera pas non plus grand embarras : mais les « membranes flottantes du premier enfant, les deux cor- « dons ombilicaux seront constamment dans vos doigts et « lorsque vous aurez saisi les pieds, il arrivera plus d'une « fois de les sentir glisser dans la main parce qu'ils sont « enveloppés des membranes du premier œuf, et qu'on a « pris en même temps ces membranes et les pieds. Ce ne « sera donc qu'avec une grande attention et surtout avec « beaucoup de patience que l'on pourra se débarrasser de « ces lambeaux flottants et glissants qui se présentent sans « cesse sous les doigts (1). »

Nous avons vu jusqu'à présent quelles étaient les conditions les plus ordinaires et la conduite à suivre dans l'accouchement gémellaire communément observé. Les quelques difficultés qui se présentent, et que nous avons signalées, même dans les cas les plus heureux, peuvent être considérées comme habituelles dans l'accouchement double. Mais il nous reste à considérer en détail d'abord une série d'accidents variés et fréquents que nous rangerons sous le nom de complications de l'accouchement gémellaire, et enfin une véritable dystocie spéciale due à l'engagement simultané des jumeaux.

COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.

A. — Présentations irrégulières.

— « La difficulté dans ces sortes d'accouchements est

1. Depaul. *Leçons cliniques*, page 250.

« quand les deux enfants se présentent ensemble et en « mauvaise position ; il dépend pour lors de l'habileté de « l'accoucheur de se déterminer sur lequel des deux il « doit faire venir le premier qui est toujours celui qu'il « croit avoir plus facilement. Quand l'un présente les pieds « et l'autre la tête, il n'y a point à balancer, il faut re- « pousser les pieds de l'un et faciliter la sortie de l'autre « par la tête : et le premier étant passé, le chirurgien doit « aussitôt prendre le second enfant par les pieds qu'il fera « sortir sans difficulté, le premier lui ayant ouvert une « voie suffisante. » Dionis, page 300.

Lorsque les deux enfants se présentent par les pieds, il faut, disait Mauriceau, prendre garde que les pieds que l'on tient ne soient pas de deux différents enfants. D'autres accoucheurs de cette époque prétendaient que, la chose étant impossible, l'avertissement de Mauriceau devenait inutile. Cependant de bons préceptes étaient recommandés en ces termes, par Guillemeau (1) :

« Il se peut que l'un et l'autre voudront sortir les pieds « les premiers. Quoi advenant, le chirugien doit considérer « si les deux jumeaux sont séparés. Or, le moyen de le « reconnaître, il faut que le chirurgien ayant la main oincte, « étant tout ouverte, la glisse le plus haut que faire se « pourra et ayant remarqué que les jumeaux ne sont unis, « mais séparés et distingués, il ramènera la main entre les « cuisses de l'un des jumeaux et retirant la main plus bas, « il empoignera un pied d'icelui (qu'il reconnaîtra être plus « facile et commode à tirer) et lui attachera un ruban avec

1. Guillemeau. *De la grossesse et accouchement des femmes*, 1621, page 289.

« un nœud coulant au bas de la jambe vers la cheville.
« puis remettra la main tout le long de la dite jambe et
« ainsi jusqu'aux fesses, afin de prendre la seconde jambe
« du même enfant, et ne se méprendra d'en prendre l'une
« audit jumeau et l'autre de l'autre jumeau pour les vou-
« loir, par après, toutes deux tirer : car ce faisant
« vous escarteriez les deux enfants. »

Un troisième cas peut se produire ; voici encore ce qu'en disait le même auteur :

« Si tous les deux se présentent au couronnement la
« tête ensemble, il faut que le chirurgien y prenne bien
« garde : car voulant tous deux sortir tout à coup, il est
« impossible (s'ils n'étaient très-petits) qu'ils le puissent
« faire. Et par ainsi, il faudra que le chirurgien coule la main
« dans la matrice de la femme, qu'il reconnaisse si l'une
« ou l'autre tête sont avancées, ce qui se voit ordinairement
« ou bien que l'une fût plus avancée que l'autre. Et
« comme les tranchées prendront à la mère, par tout moyen
« conduira le premier qu'il voudra recevoir, tenant de
« deux ou trois doigts de la main gauche le second en sub-
« jection afin qu'il ne se présente pour sortir et n'aura autre
« but que de mettre au monde le premier. Ce qu'ayant
« fait, si le second n'est bien situé il le ramènera droit au
« col de la matrice, auquel lieu étant parvenu facilement
« pourra sortir d'autant que le passage aura été fait et tracé
« par le premier. »

Serait-il bien facile de mettre ces conseils à exécution ? Il est permis d'en douter et d'ailleurs nous reviendrons plus

1. *Loc. cit.* page 288.

loin sur ces cas exceptionnels de dystocie, nous occupant seulement maintenant des principales complications de la présentation initiale.

L'observation suivante mérite à ce titre d'être rapportée : elle est due au Dr Arnold (1) :

« A l'examen, on trouvait une main gauche à la vulve et une tête au détroit : la tête du second enfant dont le bras était prolabé se trouvait arrêtée au-dessus de la branche gauche du pubis : aucun des deux enfants n'avançait. La tête de l'enfant N° 1 ne pouvait être facilement déplacée, le bras de l'enfant N° 2 ne pouvait se réduire. Le Dr Arnold se décide à faire la version. Aussitôt la main portée dans la cavité utérine, il reconnaît que l'enfant N° 2 est le seul qu'il puisse tourner. Extraction des deux enfants par la version, le second étant retiré d'abord. »

L'insertion du placenta au voisinage du col et la présentation du délivre ne sont pas souvent signalées ; il y en a cependant quelques exemples.

« Une femme de 34 ans, mère de six enfants, eut de vio-
« lentes hémorrhagies au septième et huitième mois.
« Quand le Dr Pittock arriva, il la trouva épuisée par la
« perte de sang avec des douleurs faibles et irrégulières,
« le col entr'ouvert, flasque et dilatable. De son ouverture
« sortait une portion de placenta qu'on reconnut être encore
« adhérant au pourtour interne du col. Après avoir donné
« une large dose d'ergot de seigle, M. Pittock tira sur la
« portion en prolapsus de manière à détacher la masse pla-
« centaire. Il y réussit en quelques minutes et perça les
« membranes. La tête se présenta et un fœtus de moyen

1. *Proceedings of the obstet. society of Boston,* Nov. 1877.

« volume fut extrait. Une demi-heure après les douleurs « recommencèrent, un autre enfant vint plus vigoureux que « le premier ; il y avait un second placenta de grosseur « ordinaire et exempt d'adhérences (1). »

Un fait remarquable est signalé par Hohl. Dans un utérus double, il y avait insertion de chacun des placentas sur chacun des cols. Hémorrhagie, accouchement forcé à huit mois. Deux versions. Succès (2).

Le Dr Arnold (3) a publié une observation analogue. Le placenta prœvia était décollé, les deux enfants se présentaient par le sommet : deux versions furent faites successivement, l'enfant le plus élevé fut extrait le premier.

Le Dr Bourienne rapportait encore un cas de même genre dans l'*Année médicale de Caen* 1878. Implantation d'un placenta sur le col, hémorrhagies. Version pour terminer l'accouchement. C'est alors que le diagnostic de grossesse gémellaire est fait, la main dans la matrice. Version pour le second enfant : pas d'accidents, jumeaux vivants.

Avant de quitter les particularités que la présentation peut offrir comme simple complication du travail, je signalerai le cas dans lequel l'un des fœtus s'est présenté et a été expulsé le corps entièrement ployé en deux et en position sacro-iliaque droite postérieure (4).

Quelquefois aussi, à cause du volume moindre de l'enfant et de l'époque prématurée de l'accouchement, on a pu

1. *East kent district med. meeting.* sept. 1864.
2. *Prager Vierteljahrschrift* 1853.
3. *Loco. cit.* 1877.
4. Rudolf Birnbaum : *Berlin Klin. Wochensc.* N° 12, 1878.

assister à l'évolution spontanée du fœtus dans la présentation de l'épaule (Obs. II).

B. — **Hydropisie de l'amnios.** — L'hydramnios est une complication assez fréquente des grossesses doubles et la quantité du liquide est quelquefois assez considérable pour amener des accidents sérieux pour la mère et pour l'enfant, soit pendant la gestation, soit au moment du travail. Il est à remarquer d'ailleurs que l'on voit survenir l'hydropisie amniotique beaucoup plus fréquemment, dès que le contenu de la matrice présente une irrégularité, soit de nombre, soit de conformation.

Sur quatorze cas d'hydropisie de l'amnios que M. Oulmont réunit pour le mémoire qu'il publia dans le *Journal de Malgaigne*, il trouva huit cas de grossesse multiple (1). — Scarpa avait aussi remarqué cette fréquence.

Les auteurs s'accordent à placer l'époque de l'apparition habituelle de l'hydramnios au cinquième mois. — « Nous « avons vu nous-même, dit le Dr Boucard (2), à la Clini- « que d'Accouchement un cas bien curieux chez une « femme qui portait deux jumeaux. L'excès du liquide « avait déterminé chez les deux enfants des lésions telles « que leur mort en avait été la conséquence. Le premier « fœtus présentait un degré très-peu avancé d'ossification « des os du crâne, ce qui avait été la cause de quelque « hésitation pendant qu'on pratiquait le toucher vaginal. « Le second enfant avait une tuméfaction œdémateuse con- « sidérable du cou et de certains points des téguments qui

1. *Thèse de Pérotin*, Paris.
2. *Thèse Boucard*, *Paris* 1858.

« recouvrent le crâne avec une ascite énorme et un épan-
« chement très-abondant dans la poitrine et le péricarde. »

Je rapprocherai de ce fait une observation analogue rapportée par Louise Bourgeois et intitulée :

« D'une damoiselle que j'accouchai à 7 mois de deux
« enfants : la fille était hydropique et le fils ne l'était pas,
« mais il avait un liquide amniotique excessivement abon-
« dant : je croy un ceau. Je ne vy jamais un tel ventre
« qu'elle avait ; elle me conta avoir par l'ordonnance de
« M. Martin, médecin fort docte, esté saignée dans sa gros-
« sesse six fois, pris trois ou quatre médecines, bien cent
« clystères, autrement qu'elle eust estouflé (1). »

C. — **Procidence du cordon.** — La présence de deux jumeaux est une cause prédisposante au prolapsus du cordon. Collins a trouvé sur 16652 accouchements 77 procidences et parmi ces 77 cas, il se trouve 12 accouchements gémellaires. — Dans 71 observations communiquées par le Dr Villeneuve, de Marseille, il y eut cinq grossesses doubles (2).

Il faut maintenant distinguer plusieurs cas :

1° Les deux enfants sont contenus dans une même poche amniotique ; la procidence est alors presque inévitable, lorsqu'au moment de l'expulsion du premier enfant le liquide se précipite et entraîne les parties flottantes dans la cavité utérine. Mais dans ce cas, la procidence est peu dangereuse. Le col est complétement dilaté, ainsi que toutes les parties maternelles ; l'expulsion du second enfant se fera rapidement et les dangers pourront être facilement évités ;

1. Louise Bourgeois, 1626. — *Paris, chez Mondière.*
2. Dr Marcorelles. *Thèse, Paris,* 1870.

2° Les deux enfants sont contenus chacun dans une poche ; le prolapsus peut se faire pour le premier accouchement ou pour le second. La présentation fréquente de l'extrémité pelvienne du premier enfant, la difficulté d'engagement, les attitudes plus ou moins irrégulières dans lesquelles le second arrive au détroit, expliquent suffisamment pourquoi le prolapsus est souvent observé dans ces conditions.

Dans les cas de chute du cordon, au début du travail, Baudelocque (1) a tracé la ligne de conduite suivante : « il « faut extraire l'enfant qui se présente ou qui est le plus « engagé, sans s'inquiéter si le cordon lui appartient « ou non, afin d'aller retourner l'autre immédiatement « et de l'extraire rapidement par les pieds, s'il arri- « vait que le cordon prolabé lui appartînt. Il faudra appli- « quer le forceps si le premier présente la tête et si elle est « engagée ; mais si elle était encore au-dessus du détroit « supérieur ou bien si l'enfant présentait toute autre par- « tie, il ne resterait plus qu'un seul moyen à employer, « c'est d'aller chercher les pieds et autant que possible les « pieds de l'enfant dont le cordon est exposé à la compres- « sion. »

D. — **Procidence des membres.** — L'influence de la grossesse multiple est là encore de l'évidence la plus marquée ; c'est toujours surtout à l'occasion du second accouchement que se fait la chute ; les mêmes causes prédisposantes agissent, position irrégulière, dilatation préalable du col, issue du liquide amniotique, etc.

1. Baudelocque, tome II, page 532.

Sur 278 cas de grossesse gémellaire il y eut quatorze fois procidence des membres (1).

Sur un tableau de 138 accouchements à la clinique on trouve : le deuxième enfant se présentant par le sommet, avec une main ou un bras, huit fois. — Le sommet avec un pied, deux fois. — L'épaule et un pied, deux fois. — La face avec pieds et main, une fois. — Les pieds avec main, une fois.

Le prolapsus d'un membre est exceptionnel au moment du premier accouchement ; on ne trouve en effet que deux fois : présentation du sommet avec le bras ou la main, et une fois présentation de la face avec main.

Sur les quarante-un faits que j'ai réunis, il y a cinq exemples de prolapsus des membres.

Obs. II. Sommet, avec main droite et pieds, pour le second.

Obs. III. Sommet et pieds, pour le second.

Obs. XVI. Sommet avec pieds et cordon pour le second.

Obs. XXXIX. Sommet avec main gauche, pour le second.

Obs. XLI. Sommet avec bras, pour le second.

Citons quelques faits intéressants à ce sujet :

« Pernice rapporte un cas emprunté au Dr Lane : le « premier enfant était né par le siége, le second vint par la « tête avec les deux bras, le pied et le cordon. La tête en « première position était séparée du côté droit du bassin « par le pied qui pendait dans le vagin. On refoula suc-

1. Depaul. — *Leçons cliniques.*

« cessivement chacun des deux membres descendus ainsi « que le cordon, la tête fut repoussée à droite et en haut; « l'accouchement suivit sa marche naturelle, l'enfant « vivant.

« Dans une observation de Cazeaux, le second enfant « vint pas la face avec la main droite et le pied (1). » Le Dr Savoye d'Auffray observa un cas analogue. Le second enfant se présentait par la face avec engagement du membre supérieur droit, puis de la main gauche. L'accouchement se termina spontanément, le membre s'étant réduit (2).

Une question importante dans les cas de prolapsus des membres, est de savoir si la main ou le bras peuvent appartenir à un fœtus, et la tête à l'autre (Baudelocque), ou bien la tête de l'un se présenter avec un ou deux pieds de l'autre (Lachapelle, Rœdrich, Ramsbotham). On se figure les inconvénients qu'il y aurait à ne pas s'apercevoir de la situation exacte. Ainsi donc, quand on trouve dans le vagin un pied et une tête, on devra toujours penser à la possibilité d'une grossesse double, et avoir recours à la palpation du ventre et à l'auscultation.

E. — **Nœuds du cordon, circulaires, torsion.** — Dans les grossesses gémellaires, les complications tenant à la disposition du cordon, pourront être les mêmes que dans les cas ordinaires, mais souvent aussi, il se présentera des accidents spéciaux. Non-seulement, il y aura des nœuds sur un des cordons, mais encore les deux tiges funiculaires s'entrelaceront quelque-

1. Rubé. *Annales Soc. méd. chirurgic. de Liège*. 1875.
2. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* 1874, page 161.

fois. Le plus souvent, ces accidents surviendront dans le cas de communauté de la poche amniotique.

Les observations suivantes en font foi :

« Grossesse gémellaire, une seule poche amniotique ; les « deux cordons noués ensemble : arrêt de développement « de l'un des fœtus » (Dr Lauglet. *Union méd. du Nord-« Est.* 30 avril 1877).

« Accouchement de deux jumeaux : étranglement de « l'un des cordons par un nœud formé sur l'autre. Les « deux fœtus étaient dans une même loge. Du centre de « la masse placentaire commune partaient les deux cordons, « à une distance de un pouce. Les deux enfants étaient à « terme, tous deux développés également » *Union méd.* 1859.

D'ordinaire, on a remarqué que la constriction des nœuds n'était pas portée au point de suspendre complétement la circulation fœtale, et lorsque l'étranglement survient de façon à entraîner la mort du fœtus, c'est souvent à la suite d'une intervention malheureuse au moment du travail.

« Il est remarquable, écrit M. Campana (1), que dans « tous les cas, la striction ne soit jamais assez forte pour « constituer un véritable obstacle à la circulation fœtale. » Cette opinion est sans doute trop absolue , j'ai pu voir, l'année dernière dans le service de mon regretté maître le Professeur Labat, une femme qui accoucha d'un enfant à terme dont le cordon portait deux nœuds simples, distants l'un de l'autre de six centimètres et absolument serrés ; la

1. Campana. — Art. cordon ombilical. *Dict. encyclopéd. des Sciences méd.*, page 426.

mort du fœtus remontait à une quinzaine de jours ; la macération était évidente. — On ne s'expliquerait guère l'impossibilité d'un pareil accident dans le cas où il y a deux cordons enlacés.

On trouve dans les auteurs quelques renseignements curieux sur ces nœuds du cordon : — Dans la Lucina de Siebold sont réunies des observations de Thiedemann, Stein, Osiander, Meineyer, Jorg. — Kohlschulter a fait une dissertation sur le cordon ombilical considéré comme cause de mort pour le fœtus. Enfin, plus récemment, la thèse de M. Chantreuil (Agrégation 1875) contient les particularités les plus intéressantes pour notre sujet. Nous reproduirons les faits suivants qui y sont consignés.

Observation de William Newmann (Edinburg Montly 1858).

« A environ moitié route entre l'ombilic et l'insertion « placentaire du cordon ombilical, le cordon du premier « enfant était enlacé en un seul nœud et passait au travers « d'un circulaire formé par le cordon du second enfant, « qui en raison de l'étroitesse du nœud était complétement « étranglé. — A l'exception d'un peu d'amincissement à « ce point, les cordons étaient en bon état : les enfants « également à terme et bien nourris, de telle sorte que « l'on pouvait supposer que la circulation à travers les « cordons avait été obstruée longtemps avant la mort (le « premier enfant était venu vivant, le second mort, une « heure et demie après le premier). On m'avait dit « qu'avant mon arrivée, la sage-femme avait déjà exercé « certaine traction sur le cordon du premier enfant en le

« mettant au monde, d'où je conclus que l'étranglement « avait eu lieu à ce moment. »

Observation de Sœte de Gheluwe (reproduite dans la *Revue méd. chirurg. de Paris*, 1854).

« Les cordons étaient implantés tous deux près du « centre du placenta et seulement à 3 centimètres de dis- « tance l'un de l'autre : ils avaient la même longueur, 1 « mètre au moins. Les enfants avaient aussi le même vo- « lume à peu près, et un peu au-dessous de la moyenne.

« Ayant fait mes réflexions, je dis que la présentation « simultanée de la tête et d'un pied observée s'explique « par l'existence d'une poche unique pour les deux enfants. « La nouure existant entre les deux cordons a été cause « que pendant la naissance du premier enfant, l'un de ces « cordons a entraîné l'autre et probablement aussi le bras « qui était descendu à côté de la tête.

« Pour ce qui regarde le double nœud, je crois qu'il « constitue une particularité excessivement rare dans ce « genre, vu qu'il suppose nécessairement un concours de « circonstances très-difficiles à trouver réunies : telles « sont, une longueur suffisante des cordons pour permettre « aux enfants des mouvements et des circonvolutions pres- « qu'incompréhensibles et l'existence d'une poche mem- « braneuse unique, circonstance que je n'ai bien constatée « que cette seule fois, dans le cours d'une pratique de « vingt ans.

« Cette chute du cordon, ainsi que la position du bras « à côté de la tête, aurait pu devenir promptement fatale « à l'enfant qui restait à naître si la nature n'avait pas « suffi à sa besogne, d'autant plus que ces nouures et cette

« multiplicité d'anses qui pendaient dans le vagin se prê-
« taient encore mieux à la compression qu'une anse uni-
« que. »

D'autres fois, au lieu de former un nœud plus ou moins compliqué, les cordons s'entortillent entre eux à la manière des nattes de cheveux.

Sammhammer (Osiander, *Handbuch der Entbindungskunst* vol. 1 p. 307) et Nyemeyer (*Zeitschr. für. Geburtshülfe und. prat. med.* 1 vol. p. 189. Halle 1828), ont signalé des dispositions semblables dans lesquelles il se produit facilement des hémorrhagies par suite du tiraillement exercé sur le placenta, et, la libre expulsion du fœtus étant entravée, on est obligé d'intervenir.

Enfin, il faut noter les circulaires du cordon soit autour de chacun des fœtus isolément (Freier, *Dissert. inaug. Halæ* 1765) soit même allant de l'un à l'autre et pouvant rendre difficile la terminaison de l'accouchement.

F. — **Éclampsie.** — Nous avons déjà signalé en parlant de la séméiologie de la grossesse gémellaire, la fréquence de l'éclampsie. Cette fréquence augmente au moment du travail. M. Depaul, sur 140 accouchements gémellaires qui ont eu lieu à la clinique, a observé seulement 3 éclamptiques. Cette proportion doit être considérée comme exceptionnellement heureuse. Voilà en effet ce qu'apprend l'étude des rapports entre l'éclampsie et la grossesse gémellaire. Merriman qui s'est occupé spécialement de cette question a reconnu d'abord que, d'une façon générale, sur 16 cas d'éclampsie, il y en a un qui se rapporte à une grossesse double.

En recherchant d'autre part quelle est la proportion des

cas d'éclampsie comparativement au nombre de tous les accouchements qui s'effectuent, et comparativement au nombre des accouchements de jumeaux, on arrive à des chiffres fort différents et qui présentent une importance toute particulière pour notre travail.

On voit dans les leçons de M. Depaul, qu'il s'observe, à la clinique de Paris, un cas d'éclampsie sur une moyenne de 227 femmes traitées. J'ai fait la même statistique pour la clinique de Bordeaux et je trouve sur 3490 observations, 17 cas d'éclampsie, soit un cas sur 205. Voilà donc une première proportion établie; passons maintenant aux cas de grossesses gémellaires, que constatons-nous?

Sur 140 accouchements gémellaires effectués à l'hôpital des cliniques on a compté trois éclampsies, ce qui donne une proportion de 1 sur 43 au lieu de 1 sur 227. On voit immédiatement l'énorme différence qui existe entre la prédisposition à l'éclampsie suivant que la gestation est simple ou double. Nous ne voulons ici que signaler le fait que nos observations viennent encore appuyer.

Nous comptons deux cas d'éclampsie (obs. IX et XLI) sur 41 observations de grossesse gémellaire, ce qui élève la proportion à 1 sur 20 au lieu de 1 sur 207 que nous obtenions tout à l'heure pour les grossesses simples. Ce chiffre de 1 sur 20 est probablement exagéré, et tient peut-être au nombre trop limité de nos observations, mais néanmoins nous nous croyons autorisé à dire, d'après les résultats fournis par les auteurs et d'après les nôtres, que dans la grossesse double l'éclampsie survient au moins six fois plus souvent que dans la grossesse simple, toutes choses égales d'ailleurs.

G. — **Thrombus de la vulve et du vagin.** — C'est encore un accident auquel prédispose l'accouchement gémellaire. Joulin, dans sa *Thèse d'agrégation*, 1861, a cité l'exemple suivant dû à Dewees (*Journ. de Philadelphie*, 1827).

« Le 24 avril 1816, dit Dewees, je fus appelé auprès « de Mme G... qui était grosse de deux enfants et en tra- « vail. A 10 heures du soir elle accoucha d'une fille, et « environ dix minutes après l'expulsion de cet enfant il « parut à la vulve une tumeur considérable qui avait son « siége dans la grande lèvre du côté droit. Néanmoins, « avant mon arrivée, par suite des efforts que la femme « avait faits pour se délivrer de son second enfant, la tu- « meur s'était rompue. Lorsque j'examinai la vulve, il « existait encore un peu de gonflement, quoique la grande « lèvre fût déchirée dans toute sa longueur. Environ quinze « minutes après mon examen, la grande lèvre se distendit « encore, se rompit de nouveau, et cela se renouvela quatre « fois avant la naissance de l'enfant ; de manière que cette « lèvre ne conserva d'adhérence que vers le périnée, qui, « lui-même, lors du passage du second enfant, fut déchiré « jusqu'à l'anus, malgré tout ce que je pus faire pour m'op- « poser à un pareil délabrement. Guérison. »

H. **Rupture de l'utérus.** — Dans l'accouchement gémellaire un certain nombre de conditions se réunissent pour rendre un peu plus fréquente que d'ordinaire cette complication périlleuse. Le volume exagéré auquel est parvenue la matrice, la distension des fibres musculaires, l'amincissement des parois réduites dans certains cas à l'épaisseur de quelques millimètres (Moreau), les obstacles

que les présentations irrégulières apportent dans le mécanisme du travail sont autant de causes prédisposantes. Il faut dire aussi que, souvent sans se rendre compte des difficultés existantes et ne considérant que la lenteur des contractions, des sages-femmes et des médecins auront prescrit du seigle ergoté et favorisé par cela même la production d'une rupture utérine.

Je me borne à citer le fait suivant pour montrer les dangers qu'une intervention intempestive a été capable d'amener et, bien que le résultat final ait été heureux, il faudra se garder d'imiter une semblable conduite.

« M. P. fut appelé le 10 septembre 1853 auprès d'une « Irlandaise, âgée de 35 ans. Elle avait eu déjà quatre « accouchements dont un gémellaire. Dans sa dernière cou- « che, elle avait eu une péritonite grave suivie d'abcès qui « s'étaient ouverts à l'ombilic. Le col était dilaté, les eaux « perdues depuis vingt heures. A l'examen on reconnais- « sait que la tête se présentait naturellement mais qu'elle « se retirait lorsqu'on la touchait. Les douleurs étaient fai- « bles, il n'y avait pas de contractions. M. P. ordonna « deux demi-drachmes de seigle ergoté (3 grammes). Les « douleurs furent augmentées, à dix heures du soir, le « médecin essaya une application de forceps, il ne put « saisir la tête ; il administra de nouveau l'ergot sans suc- « cès.

« Le lendemain 11 septembre, à 8 heures du soir, la « malade était dans le même état. Deux ou trois onces de « sang s'étaient écoulées après l'application du forceps. « M. P. administra le chloroforme et fit la version ; il « amena avec quelque difficulté un enfant mort, introduisit

« la main et trouva le placenta détaché. Il reconnut en « outre qu'il y avait un autre enfant et que les intestins « avaient pénétré dans l'utérus : il pratiqua encore la ver- « sion pour amener le deuxième enfant. Heureusement, « un mois après la malade était guérie après une série « d'accidents » (*Assoc. med. Journ.*, 1854).

I. — **Grossesse extra-utérine et grossesse intra-utérine concomitantes. — Accidents.** — C'est ici le lieu de signaler cette complication car elle peut s'accompagner tantôt de rupture utérine ou plutôt de rupture du kyste contenant l'enfant extra-utérin et tantôt nécessiter une opération dont la gravité est analogue.

Madame Lachapelle a observé un fait qu'elle relate ainsi dans une lettre à Dubois (tome III, page 154) : « Une « femme grosse de 6 mois environ fut amenée à l'hospice « dans les premiers jours de janvier 1811. Elle éprouvait « depuis le troisième mois de sa grossesse, des douleurs « extrêmement vives dans l'abdomen : celui-ci était tendu « et l'on sentait à droite une tumeur dure et volumineuse, « à gauche une autre tumeur aussi solide et plus grosse « encore. Le col de l'utérus été fermé ; il conservait sa « longueur et le ballottement du fœtus était manifeste. « Dans la suite, le col s'effaça, s'ouvrit et en même temps « la fièvre survint, le sommeil se perdit, les douleurs se « soutinrent et la malade tomba dans le marasme.

« Le 26 février, vers le soir, un travail naturel se « déclara : à 3 heures du matin l'accouchement était « terminé. Cependant l'abdomen restait développé surtout « du côté droit, quoique la matrice ne contînt plus que le

« placenta dont je fis moi-même l'extraction. Les douleurs,
« la fièvre ne firent dès lors que s'accroître et cette femme
« expira quatre jours après son accouchement.

« *Autopsie.* — Dans l'abdomen, une fausse membrane
« épaisse et dense agglutinait tous les viscères ensemble et
« avec la paroi même de la cavité. L'utérus et la fosse
« iliaque droite en bas, le foie et le colon en haut, les
« intestins grêles à gauche, et l'épiploon en avant circons-
« crivent un sac rompu à sa partie antérieure et supérieure.
« Par cette ouverture s'échappait du sang coagulé et demi
« putréfié : l'épaule d'un fœtus s'y présentait : ce fœtus
« putréfié pesait deux livres : son placenta, également altéré,
« répondait à la partie antérieure et inférieure du kyste, à
« laquelle il n'adhérait plus. — L'utérus était dévié à
« gauche, la trompe et l'ovaire avaient disparu. La sym-
« physe des pubis était très-mobile. »

Les recueils modernes contiennent un assez grand nombre de ces cas et on peut voir que toujours la terminaison n'en est pas aussi fâcheuse. Pennefather, Cook (*The Lancet* 1863) et bien d'autres encore en ont donné des exemples. J'en choisirai quelques-uns de date récente.

Cas de Moore : *Grossesse extra-utérine : gastrotomie amenant un enfant vivant. Diagnostic, pendant l'opération, d'une grossesse utérine avancée concomitante ; hystérotomie, deuxième enfant vivant. Mort de la mère par septicémie.*

« Le 11 février 1870, Moore est appelé chez une né-
« gresse âgée de vingt-deux ans ; en examinant le ventre,
« on constate l'existence d'une tumeur volumineuse qui
« occupe la partie inférieure de la région hypochondriaque

« gauche, une partie de la région ombilicale et la région
« lombaire gauche. A travers les parois abdominales on
« sent très-distinctement les contours d'un fœtus qui pa-
« raît occuper l'ovaire gauche. Consultation. Diagnostic
« grossesse extra-utérine. Etat général grave. Bien que
« la malade en question niât de la façon la plus absolue
« avoir eu le moindre rapport sexuel, la persistance des
« douleurs et la prostration progressive déterminèrent
« néanmoins le docteur Moore à pratiquer l'ovarioto-
« mie comme seule ressource pour sauver la mère et
« l'enfant. On commença à pratiquer prudemment des
« incisions à travers les parois abdominales sur le côté
« gauche, jusqu'à ce que l'on fût arrivé sur une tumeur
« dure, d'un brillant douteux, dont les parois étaient si
« minces qu'au contact seul du bistouri elles se divisèrent
« et un jet de sang s'élança qui fut bientôt suivi de l'ex-
« pulsion d'un masse charnue qui, à un examen attentif,
« fut reconnue pour être un placenta. On agrandit dès
« lors l'incision ce qui permit d'extraire par là le placenta
« et un enfant vivant : là-dessus la poche s'affaissa com-
« plétement et d'une manière subite. Dès ce moment on
« parvint à sentir l'utérus qui jusque là avait été recou-
« vert par la tumeur. Mais aussi, au grand étonnement
« du Dr M. et de ceux qui l'assistaient, cet utérus pré-
« sentait l'aspect, la configuration et tous les signes d'une
« grossesse avancée. On se consulte rapidement et brève-
« ment pour savoir s'il faut vider l'utérus par la dilatation
« forcée du col, ou si la délivrance doit être pratiquée à
« travers les parois abdominales. Cette dernière idée pré-
« vaut et un deuxième enfant vivant est amené avec son

« placenta. Après avoir bien nettoyé la cavité abdominale,
« le kyste et l'utérus, on réunit les lèvres de la plaie, puis
« on arrive avec beaucoup de peine à passer une sonde à
« travers l'orifice utérin. La réaction fut favorable, la
« malade se trouva relativement bien dans les premiers
« temps, mais elle finit par succomber à la septicémie. Les
« enfants continuèrent à se développer (1). »

Cas de Hodgson. — Développement concomitant d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine. Rupture du kyste à cinq mois 1/2, péritonite partielle, diminution de la tumeur. Accouchement à terme (2).

Cas de Villegente. — Grossesse gémellaire constituée par un fœtus intra-utérin et par un fœtus extra-utérin. Accouchement utérin normal à terme. Développement rapide de la grossesse extra-utérine après l'accouchement et gastrotomie le sixième mois après. Guérison (3).

Cas de P. Sale. — Grossesse extra et intra utérine. Gastro-hystérotomie. Douleurs extra-utérines depuis plus de deux semaines. Mort de septicémie le cinquième jour. (New Orleans med. and surg. journal 1870, vol XXIII. page 727).

Les deux faits suivants sont remarquables par le mode de terminaison.

Cas de Chabert. — « Une femme de 25 ans accouche en
« juin 1874 à l'hôpital militaire de Médéah et se rétablit
« complétement. Un mois après on constate la présence

1. *Alleg. med. Central, Zeit* 1871 n° 6 et *Gazette méd. Strasbourg* 1872.

2. Saint-Louis med. and surg. Journal 1875.

3. Lyon médical 1876.

« d'une tumeur abdominale ; au bout de cinq mois, des « contractions de l'utérus et de la paroi abdominale sem- « blables à celles de l'accouchement se manifestent. La tu- « meur s'enflamme, s'ulcère au niveau de l'ombilic et donne « passage à un pied de fœtus que le mari (un arabe) arra- « che avec la jambe correspondante. Par cette ouverture « il s'écoule pendant trois semaines un liquide des plus « fétides, entraînant parfois des débris d'os et de chairs. « Des symptômes de septicémie se manifestent. M. Chabert « prescrit des injections répétées à travers l'ouverture fis- « tuleuse avec une solution de permanganate de potasse.

« Le 16 novembre, on pratique l'opération de la gas- « trotomie au niveau de la ligne blanche, on retire le fœtus, « on lave la poche et la malade guérit. Les os apparte- « naient à un enfant ayant plus de neuf mois, ce qui fait « croire à M. Chabert qu'il s'agit d'une grossesse extra- « utérine coïncidant avec la grossesse intra-utérine et non « pas d'un kyste dermoïde (1). »

Dans l'exemple que nous allons rapporter ici parce que les accidents observés sont de même genre, la grossesse gémellaire avait eu lieu dans la cavité utérine normale. Le premier enfant était venu mort le 9 décembre : la présence d'un second fœtus demeura inaperçue par la sage-femme qui avait délivré la malade. Une métrite se développa dans la suite. On sentit une tumeur dure formée par la matrice, l'état général devint mauvais. Au bout d'un mois, la tumeur du ventre présentait le volume d'une tête d'enfant et était fluctuante. Le 5 janvier, les téguments de l'abdomen s'étaient ulcérés et il s'échappa une grande quantité de pus sanguinolent et

1. *Paris médical*, 1876.

fétide. En suivant le trajet aboutissant à la perforation on arrivait sur un fœtus contenu dans l'utérus perforé. Le chirurgien agrandit la perte de substance avec un bistouri boutonné et un enfant putréfié fut extrait par fragments. Le 25 janvier, la guérison était complète (1).

J.— **Engagement simultané des deux fœtus.** — Cette complication du travail dans l'accouchement gémellaire est particulièrement intéressante. On possède à ce sujet des observations célèbres que l'on trouvera réunies dans la thèse d'agrégation de M. Tarnier 1860 (2) et d'une façon plns complète encore dans la thèse inaugurale de Besson 1877 (3). Le nombre assez considérable de ces observations, une centaine environ, ne doit pas faire croire cependant à la fréquence de la complication dont nous parlons. Chaque fois en effet qu'un cas de ce genre se produit il est publié et répété, mais heureusement la dystocie, reconnaissant pour cause cet engagement simultané des fœtus, est encore chose excessivement rare, vu le nombre des accouchements de jumeaux.

« Il peut arriver que deux extrémités appartenant à des « fœtus différents se présentent en même temps au détroit « supérieur et s'empêchent réciproquement de descendre « dans l'excavation, ou bien que deux extrémités pénètrent « simultanément dans l'excavation et y restent enclavées, « ou encore qu'une des extrémités de l'un des fœtus étant

1. Dr Fristo. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* 1860, page 545.

2. S. Tarnier. *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire.*

3. Besson. *Dystocie spéciale dans les accouchements multiples.*

« déjà engagée dans le canal pelvien, le tronc de l'autre « placé transversalement vienne mettre obstacle à l'expul- « sion du premier (1). »

Nous allons examiner à part chacun des cas qui peuvent se présenter, sans nous arrêter à l'étude du mécanisme et des conditions nécessaires pour que ces anomalies se produisent : il nous faudrait revenir sur des particularités que nous connaissons et qui se comprennent du reste facilement, je veux parler des dimensions du bassin, du volume et de la situation des fœtus, etc., etc.

Pour les observations connues nous les résumons d'après le recueil du Dr Besson et nous en ajouterons quelques-unes qui ont été publiées depuis.

1° LES DEUX FOETUS SE PRÉSENTENT PAR LE SOMMET

Observation de Smellie. — Les deux enfants sortirent l'un après l'autre assez facilement.

Observation de Lespinasse. — Analogue.

Dans ces deux cas il n'y eut pas, à proprement parler, engagement simultané des deux têtes : l'une remonta, on laissa passer l'autre.

Observation de Chailly-Honoré. — Enfants très-petits : la seconde tête est fixée au détroit entre la tête et l'épaule du premier. Accouchement facile.

Observation de Graham Weir. — Tête en position O.I.G.P., l'autre en O.I.D.A. — Forceps sur la tête du premier. Succès.

Observation de Duhamel. — Tête au détroit inférieur

1. *Ibidem.*

franchi et seconde tête dans l'excavation. Il fut possible de repousser un peu la seconde tête et d'accrocher l'épaule du premier.

Observation de Reimann. — La première tête déjà sortie à l'aide du forceps, on trouve la seconde dans l'excavation. Les enfants morts tous deux : on applique de nouveau ; le forceps sur la seconde tête et on extrait ensuite les deux troncs.

Observation de Jarnotowsky. — Première tête expulsée spontanément, il y en a une seconde dans l'excavation. Section de la première tête, l'enfant étant mort. — Forceps amène le second mort également.

Observation de Franke. — Première tête expulsée spontanément, seconde dans l'excavation contre le cou du premier enfant. Forceps sur la seconde. Deux mort-nés.

Observation de Bailly. — Forceps sur la première tête n'avançant pas, extraction d'un premier jumeau mort et dont le thorax a été écrasé par la tête du second. Forceps amène le second vivant.

Observation de Woakes. — Présentation de deux têtes. Version. Accrochement des deux enfants par les nuques. Détroncation.

Nous ajouterons à ce résumé l'observation suivante de date plus récente.

« Madame X..., 23 ans, primipare entre en travail le « 1er janvier 1877. Une tête en première position venait « d'être expulsée lorsque parut une seconde tête pressant « contre le thorax du premier enfant, Comme cette tête « continuait à avancer, l'accoucheur se contenta d'attirer « la tête du premier enfant vers le pubis afin de faciliter

« le plus possible le passage à la seconde qui franchit le « périnée de façon à permettre d'extraire le corps sans « grande difficulté. Les deux enfants étaient mort-nés. « La mère n'eut qu'une légère déchirure du périnée. L'un « des enfants était du sexe masculin, l'autre du sexe fémi- « nin, tous deux pesaient plus de 4000 grammes. » (J. « Carrière, *Revue d'Hayem tome XI, page* 591.

La conduite la plus avantageuse à tenir dans ces conditions a été indiquée de la façon suivante, par M. Tarnier.

« La version pourra rarement être pratiquée en raison « même de la difficulté, sinon de l'impossibilité d'introduire « la main dans l'utérus ; et d'ailleurs, quand cette intro- « duction serait faite, serait-il facile d'aller saisir les pieds « de l'enfant qui est le premier engagé ? Ne courrait-on pas « le risque de se tromper, si surtout les deux poches étaient « rompues, et enfin, pendant qu'on exécuterait la version, « pourrait-on empêcher l'engagement de la deuxième tête « qui viendrait alors reproduire un obstacle invincible à « l'extraction de l'un et de l'autre fœtus ? » Le cas de Woakes, 1868, est venu montrer combien était juste l'opinion émise par M. Tarnier en 1860.

« C'est donc au forceps qu'il faudra avoir recours. On « saisira la tête qui est la plus engagée et l'on essayera des « tractions. Si cependant elles restaient infructueuses, si « l'état de la mère l'exigeait et si surtout on pouvait être « assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait plus à hésiter, « la craniotomie devrait être pratiquée. »

2e LE PREMIER ENFANT SE PRÉSENTE PAR LE SIÉGE, LE DEUXIÈME PAR LA TÊTE.

Observation de Clough. — Le siége du premier étant au dehors, le menton était accroché au-dessus du pubis, la tête du second se trouvant dans l'excavation, la face tournée vers le sacrum, l'accouchement finit par se terminer seul, les tractions sur le premier enfant n'ayant pas eu de résultat. Les deux enfants étaient morts.

Observation de Allan. — La nuque du premier enfant reste appliquée à la symphyse pubienne ; l'occiput du second, en contact avec la gorge du premier. L'accouchement se termina seul ; les enfants mort-nés étaient de 7 mois 1/2, petits.

Observation de Ferguson. — Enfant arrêté l'ombilic étant déjà au dehors. Tractions inutiles. Le deuxième enfant fut expulsé spontanément et en vie. Le premier mourut pendant le travail.

Observation de Merriman. —

Observations de Fryer, de *Colhoun*, de *Simpson* et de *Moschner*. — L'accouchement se termina de la même manière.

Observation de Dugès. — Première tête arrêtée en O. J. D. A ; le tronc étant dehors entraîne la seconde ; l'accouchement eut lieu à l'aide de tractions modérées ; la tête du deuxième jumeau sortit la première ; les enfants étaient petits et vivants.

Observation de Pollock. — Accrochement des deux

mentons. Quelques tractions amenèrent les deux enfants qui étaient morts.

Observation de Madame Lachapelle. — Premier enfant petit venant par le siége ; deux têtes dans l'excavation. Extraction des deux enfants à la fois ; le second vivant.

Observation de Budin. — Le tronc du premier sortit en S. I. G. A., les deux têtes appliquées l'une contre l'autre, s'arrêtent occupant l'une la moitié gauche, l'autre la moitié droite du bassin, toutes deux l'occiput en arrière. Il fut possible de repousser la seconde tête. Le premier fœtus vint en état de mort apparente, il fut ranimé mais mourut au bout de quelques heures. Le second mort-né ; enfants de 2880 gr. et 1910 gr.

Observation de Perrochaud. — Observation analogue. Réduction possible ; deuxième enfant vivant.

Observation de Sidney. — Les deux têtes accrochées, la seconde étant descendue sous l'arcade pubienne. Soulevant la tête du second pendant les douleurs, l'accoucheur réussit à extraire la tête du premier. Les deux enfants de taille ordinaire, vécurent.

Observation de Calise. — L'enfant dont le tronc était à la vulve avait la tête et le cou inclinés vers le côté droit de la mère, la face du second tournée contre la symphyse pubienne. La tête du second est repoussée.

Observation de Walter. — La seconde tête est enclavée entre la partie gauche de la paroi du bassin et la poitrine du premier enfant dont le siége était au dehors. La tête se laissa refouler après plusieurs tentatives.

Observation de Hohl. — La tête du premier est retenue dans le diamètre oblique droit par une seconde tête

située dans l'excavation en arrière et à gauche. Application du forceps sur la première tête. Les deux enfants étaient morts.

Observation de Carrière. — Les deux têtes accrochées par la face ; forceps sur la tête du second qui est extrait vivant. Le premier vint mort ensuite.

Observation de Balfour. — Fait analogue. — Forceps sur la seconde tête. Deux petites filles vivantes, volume au-dessous de la moyenne.

Observation de Klingelhofer. — Présentation siége ; tête retenue dans l'excavation, l'occiput à gauche ; seconde tête appuyant sur le sternum du premier enfant. — Forceps sur la seconde tête ; les deux enfants mort-nés.

Observation de Tellkampf. — Disposition semblable. — Forceps sur la seconde tête amène enfant vivant.

Observation de Eichhorn. — Même manœuvre : deux enfants morts.

Observation de Braun. — Dito. — Le second enfant amené vivant par le forceps.

Observation de Rintel. — Dito. Dito.

Observation de Broers. — Le menton du premier enfant expulsé par le siége pressant contre l'occiput du second, qui est amené vivant par le forceps. Le premier était mort.

Observation de Genth. — L'occiput de l'enfant expulsé jusqu'à la tête était renversé contre le dos et retenu au-dessus du pubis. Une deuxième tête, la figure tournée en haut était dans la concavité du sacrum.

Observation de Depaul. — La tête du second empêchant l'expulsion du premier s'étant présenté par le siége. Forceps sur la tête du second. Les enfants étaient morts.

Observation de Enaux. — Cas semblable.

Observation de Hœdrich. — Dans un cas semblable, vu la dimension un peu exagérée du bassin et le petit volume des enfants, on put amener à la fois à la vulve la tête du second jumeau qui sortit avec le tronc du premier. La manœuvre se fit avec la main.

Observations de Thurston, Irwin et de Alexander. — Les difficultés semblables à celles énoncées plus haut furent levées par la perforation de la tête du premier enfant. Il fallut même perforer les deux têtes dans l'observation de Alexander.

Observation de Duncan. — Décollation du premier enfant. Forceps pour amener le second. Forceps sur la tête du premier retenue.

Observations de Eton, de Perry, de Hoffman de Meigs, dans lesquelles la décollation fut aussi pratiquée.

Une nouvelle observation est due à W. F. Reed et se trouve publiée dans The Américan Journal of obstetrics vol. X, page 634, oct. 1877 ; en voici la traduction.

« M. V. secondipare, âgée de 24 ans, entre en travail « le 1er juillet 1874. Le premier enfant était né jusqu'à « l'ombilic, quand j'arrivai. Trouvant une seconde tête « dans l'excavation, située plus bas que la première j'es- « sayai de la repousser en haut, mais je n'y réussis point. « Dans la consultation avec le Dr B. Vail, qui avait suivi « le travail depuis le début, il fut décidé d'appliquer le « forceps sur la seconde tête, mais les douleurs vinrent « alors successivement avec une plus grande force et nous « décidâmes d'attendre. Après 30 minutes de bonnes dou- « leurs, nous eûmes la satisfaction de voir les deux enfants

« expulsés sans le secours des instruments. Les deux « enfants étaient mort-nés ; on tenta inutilement de les « ranimer. Ils n'ont pas été pesés, mais ils avaient bonne « apparence et devaient peser chacun *six pounds* (environ « 2500 gr). La mère se rétablit sans accidents. »

De la connaissance de toutes ces observations, on a pu déduire les règles suivantes qui seraient les plus utiles si on se trouvait en présence d'un cas analogue. M. Tarnier recommande d'introduire la main et de tenter de réduire la tête ou de l'engager tout-à-fait. Cependant, cette dernière manœuvre n'a été possible qu'une seule fois et dans des conditions spécialement avantageuses. Quant à la réduction de la deuxième tête, il faut d'abord y recourir avec une grande prudence, d'autant plus qu'on est appelé à la suite de tentatives prolongées et après que du seigle a été donné. Si cette réduction ne peut être obtenue, il est indiqué d'appliquer le forceps sur la tête du deuxième enfant et de l'extraire. De nombreuses observations montrent l'avantage de cette conduite. Si on ne peut parvenir à faire l'extraction par le forceps appliqué sur la seconde tête, M. Tarnier croit qu'il n'y a plus qu'un moyen, c'est la décollation du premier enfant.

3° LE PREMIER ENFANT SE PRÉSENTE PAR LA TÊTE, LE DEUXIÈME PAR LE SIÉGE.

Un cas d'engagement simultané de ce genre n'a jamais

été observé sans que la présentation pelvienne fût décomplétée.

Le Dr Besson ne cite que l'observation de Mauriceau, dans laquelle un enfant se présentait par le sommet, la poche des eaux et les pieds d'un second ayant glissé au-dessous de la tête et l'empêchant de descendre. Mauriceau rompit d'abord la poche du second enfant pour permettre à la tête de s'engager, et l'accouchement eut lieu sans accidents.

L'observation suivante mérite d'être rapportée en détail, vu la rareté des faits de ce genre ; elle ne se trouve pas du reste relatée dans la thèse si complète de Besson.

« Le sommet du premier enfant était en position occi-
« pito-iliaque gauche ; le second, qui présentait l'extrémité
« pelvienne avec le dos en arrière et les jambes défléchies,
« était comme à cheval sur le menton de son frère, de
« manière que ses jambes descendaient, l'une en avant et
« à droite, l'autre en arrière et à gauche. — La mère,
« jeune et bien constituée, était primipare et arrivée au
« huitième mois. Il se passa d'abord ceci de particulier,
« que 36 heures avant l'apparition des premières douleurs,
« les membranes se rompirent et il se fit une procidence
« du cordon. Les douleurs survinrent plus tard, et bien
« qu'elles fussent fortes et régulières, le travail n'avançait
« pas. La malade fut transportée à l'hôpital des Cliniques.
« On constata une présentation régulière de la tête, mais,
« en même temps, la procidence d'un pied droit avec le
« talon en arrière. Le cordon était flétri, noir et ne battait
« plus. La femme était épuisée. M. Taurin jugea utile
« d'intervenir. Il essaya d'abord, mais en vain, de faire
« remonter le pied. Appliquant alors le forceps sur la tête,

« il la fit descendre sans difficulté jusque sur le plancher « du bassin ; arrivée là, elle fut arrêtée.

« Si on exerçait une traction un peu forte, on voyait le « centre du périnée proéminer ; il semblait repoussé par « un corps résistant, petit, autre que la tête. Une nouvelle « exploration apprit que ce corps n'était autre que le talon « d'un second pied, en sorte qu'on avait tout à la fois, à « la vulve, un sommet, deux pieds, un cordon. Ce second « pied put être refoulé en arrière et à gauche, l'autre res- « tant toujours en avant et à droite. Quelques frictions sur « le fond de l'utérus ranimèrent les contractions : la tête « fut expulsée et on reçut un enfant vivant. Le deuxième « enfant fut extrait sans difficulté par les pieds ; sa mort « remontait à plusieurs jours. — Nous ferons remarquer « quelles graves conséquences auraient pu résulter du trop « de précipitation dans le diagnostic. Si l'on avait cru « d'abord que la tête et le pied appartenaient au même « enfant, le souvenir de quelques faits de procidence d'un « pied avec la tête terminés par l'embryotomie, l'impossi- « bilité de faire avancer la tête et remonter le pied, l'aspect « d'un cordon flétri faisant croire à la mort du fœtus, tout « aurait pu encourager à une mutilation qui, dans ce cas, « aurait porté sur un enfant vivant. Si, d'autre part, on « avait voulu et si on avait pu saisir les pieds pour faire la « version on eût accru les difficultés » (*Gazette des Hôpitaux* 1863, page 262).

4° LES DEUX ENFANTS SE PRÉSENTENT PAR LE SIÉGE.

Observation d'Amand. — Accouchement d'une femme

grosse de deux enfants, qui présentaient trois pieds hors du passage. Pas d'accidents.

Observations d'Amand. — Accouchement d'une femme grosse de deux enfants, dont les deux têtes furent séparées des corps et restèrent seuls dans la matrice avec l'arrière-faix.

Observation de Schultze. — Deux jumeaux présentaient quatre pieds et une main : une seule poche était rompue ; accouchement sans difficulté.

Observation de Plessmann. — Quatre jambes et un bras. Réduction obtenue par position de la femme les jarrets soulevés. Trois enfants retirés successivement par les pieds.

Généralement dans ces cas, suivant M. Tarnier, on pourra réduire les diverses parties qui se présenteront de manière à ne laisser engager qu'un seul enfant. Si cependant on était appelé trop tard et que la réduction comme l'expulsion spontanée fussent impossibles on relèvera fortement le tronc du fœtus antérieur sur le ventre de la mère et la main cherchera à détacher la tête de l'enfant postérieur. Puis on essayera d'extraire avec le forceps le fœtus postérieur. Mais il pourrait arriver que le forceps ne produisît pas plus de résultat ; c'est alors que la décollation ou la craniotomie sera employée et, de préférence, sur le fœtus antérieur.

5° LE PREMIER ENFANT SE PRÉSENTE PAR LA TÊTE, LE DEUXIÈME PAR LE TRONC.

Observation de Jacquemier. — Le fœtus dont la tête plongeait dans l'excavation était en position occipito-coty-

loïdienne gauche. Le second en position céphalo-latérale droite de l'épaule gauche. La femme étant mourante et les enfants morts, on ne fit rien.

Observation de Solayrès. — L'un des enfants était placé transversalement sur l'autre, de sorte qu'ils se croisaient (?)

Tels sont les seuls faits de ce genre. — En 1877, le Dr Wilds Linn rapporte l'observation suivante qu'il rapproche du fait de Jacquemier et que nous allons citer *in extenso*, bien que les détails de l'observation ne permettent pas d'affirmer d'une manière absolue l'engagement simultané des fœtus.

Observation de Wilds Linn. — « Travail compliqué par l'engagement de jumeaux : craniotomie, version.

Mme E. primipare, 30 ans, en travail depuis 5 jours. A l'examen on avait trouvé une tête dans l'excavation, le col étant bien dilaté, présentation de la face. Le travail n'avançant pas on fit appeler le Dr Stockes. La présentation de la face s'étant convertie en présentation du sommet, le forceps fut appliqué, mais la tête refusait de descendre. On fit la ponction du crâne et le cerveau fut enlevé. Vingt-quatre heures se passèrent et la patiente s'affaiblissant, on fit appeler le Dr Wilds Linn.

A son arrivée, la malade était très-faible.... A l'examen il trouva que l'abdomen était excessivement large, et projeté en forme de cône à la partie antérieure; les parois utérines étaient dans un état de contraction tonique et l'auscultation ne révéla aucun bruit de cœur fœtal... On trouva au toucher, pratiqué après éthérisation de la malade, que la tête descendait dans la cavité au point d'empêcher

d'établir l'existence d'un rétrécissement du bassin que soupçonnaient les médecins présents. Mesuré extérieurement le bassin ne paraissait pas rétréci. Le crâne était en partie affaissé à la suite de la ponction pratiquée antérieurement. Une portion fut enlevée avec le forceps craniotome de Meing ; après quoi, l'accoucheur put saisir la base avec le céphalotribe de Barnes et extraire un enfant très-développé. On découvrit alors un second enfant se présentant par l'épaule gauche qui était déjà partiellement descendu dans l'excavation le dos en avant. La version podalique fut difficilement pratiquée suivant le procédé bimanuel ; le second enfant était mort aussi et la mère succomba 36 heures après avoir été délivrée. L'autopsie ne put être faite (1). »

6° LE PREMIER ENFANT SE PRÉSENTE PAR LE SIÉGE, LE DEUXIÈME PAR LE TRONC.

Observation de Baudelocque. — Le premier présentait les fesses, le second étant placé en travers sur la partie postérieure de la matrice. La femme était morte après 6 jours de travail quand Bandelocque la vit.

Observation de Dunal. — Présentation du siége du premier et de l'épaule droite du second. Le premier a pu être amené par une application de forceps sur le siége, le second par la version. Les deux vivants.

1. Philadelphia medical times, 27 octobre 1877, page 29.

7° LE PREMIER ENFANT SE PRÉSENTE PAR LE TRONC, LE DEUXIÈME PAR LE SIÉGE.

Observation de Bartscher. — Les pieds du premier enfant arrivaient au dehors, la sage-femme ayant introduit la main annonça une fille : elle avait pris pour les organes génitaux du premier enfant, le ventre et le nombril d'un second qui se présentait en travers, le premier étant à cheval sur lui. Barthscher réussit à réduire le pied gauche du premier et amena d'abord le second par la version, ensuite celui qui s'était présenté le premier par les pieds. Les deux enfants vivants.

Ces derniers faits sont trop exceptionnels pour qu'une ligne de conduite générale ait été tracée.

K. — **Particularités du travail dans les cas d'utérus mal formé.** — Nous citerons comme exemples les deux faits suivants :

1° « L. B..., âgée de 30 ans, d'une constitution robuste, « était restée en travail pendant deux jours, lorsque le « Dr Geiss fut appelé. Il remarqua que les douleurs étaient « limitées au côté droit, dans lequel l'utérus remontait « presque jusqu'aux vraies côtes ; tandis que du côté gau- « che il ne montait pas plus haut que le nombril. Il y « avait présentation de l'épaule ; la version fut faite et un « enfant bien portant du sexe féminin vint au monde. Peu « après la délivrance, le côté droit de l'abdomen était « revenu sur lui-même tandis que le côté gauche conser- « vait son volume. Une heure après la naissance de cet « enfant, les douleurs du travail recommencèrent et l'on

« trouva à l'examen que, sur le côté du col de l'utérus, et « complétement distinct de lui, il existait une ouverture « circulaire, à travers laquelle proéminaient les membranes « d'un autre enfant. C'était un garçon à terme. Après sa « naissance, le docteur Geiss ayant introduit la main dans « la cavité gauche, se convainquit qu'elle n'avait pas de « communications avec la partie droite de l'utérus qui « s'était contractée auparavant. L'utérus gauche se con- « tracta plus lentement et la patiente perdit beaucoup plus « de sang. La mère et les enfants guérirent. Deux ans après « la femme accoucha de nouveau mais d'un seul « enfant (1). »

2° « La femme était en travail depuis 15 heures la « poche des eaux rompue. A l'examen on trouva une « main dans le vagin ; le col était à demi dilaté, mais « derrière celui-ci, on découvrit un autre col avec une pré- « sentation de tête. — La cloison qui séparait ces deux « ouvertures avait un pouce et demi d'épaisseur et s'éten- « dait aussi haut que le doigt pouvait atteindre.

« Le col antérieur fut dilaté, la version opérée et la « délivrance effectuée. L'enfant était mort et âgé d'environ « 7 mois. — Le col postérieur fut bientôt dilaté, la ver- « sion opérée, on vit sortir un enfant vivant qui ne vécut « que quelques heures. Les deux enfants étaient du sexe « féminin et du même développement. — La malade revint « à la santé (2). »

L. — **Accidents observés après la délivrance dans les cas d'ac-**

1. Geiss. *Lancet* 1828-29, page 423.
2. Graily Hewit. *Lancet* 1862, vol. 1, page 666.

couchement gémellaire. — Nous ne voulons point rappeler ici tous les accidents auxquels les femmes sont exposées à la suite de l'accouchement gémellaire : ils sont de même nature que ceux qui se produisent après l'accouchement d'un seul enfant. Nous en signalons seulement la fréquence exagérée, et nous reviendrons sur ce sujet en étudiant le pronostic en général.

Nous nous arrêterons, cependant, sur le fait suivant, la fréquence de l'hémorrhagie survenant soit immédiatement, soit secondairement après la délivrance. Mme Lachapelle cite un cas d'hémorrhagie mortelle, survenu le neuvième jour. Dugès, dans son *Mémoire sur les accouchements multipares* (1), relate un exemple d'hémorrhagie suivie aussi de mort, après la naissance d'un second jumeau. Lebel (2) a trouvé, à la Clinique, huit exemples de ces hémorrhagies graves survenues après la délivrance, mais qui n'ont pas eu de résultat fâcheux. La cause en est évidemment dans la difficulté qu'éprouve l'utérus à opérer son retrait après les accouchements gémellaires ; on constate, en effet, que sa rétraction progressive s'opère avec plus de peine que dans les cas ordinaires ; des lochies sanguinolentes s'écoulent pendant un temps assez long (observ. VIII), et une surveillance spéciale est à exercer pour éviter des inflammations consécutives.

PRONOSTIC.

Nous avons vu combien étaient nombreuses et diverses

1. Dugès. *Revue méd.*, 1826, tome I.
2. Lebel. *Loc. cit.*

les complications qui peuvent survenir dans la grossesse et l'accouchement de jumeaux, et nous savons que si, parmi ces complications, il y en a de tout à fait exceptionnelles, d'autres, au contraire, se rencontrent fréquemment. Il nous reste à rechercher maintenant si les suites de couches ne s'accompagnent pas d'accidents dans une proportion plus fréquente que d'habitude. L'opinion ne tarde pas à être faite à ce sujet et on constate bientôt l'efficacité malheureuse de toutes les conditions que nous avons signalées. Sur 140 observations de la clinique de Paris.

Douze femmes ont succombé :

Métropéritonite.	4 fois.
Péritonite.	3 »
Fièvre puerpérale	1 »
Phlegmon iliaque.	1 »
Rupture utérus	1 »
Phlébite utérine.	2 »

Sur ces douze cas, sept fois l'accouchement a eu lieu spontanément, une fois on a employé le forceps, trois fois la version ; forceps et céphalotripsie deux fois. La femme qui a présenté la rupture de l'utérus avait été soumise en ville à de nombreuses tentatives de version sans résultat. La version à l'hôpital fut facilement exécutée.

Huit fois des accidents assez graves se sont présentés, mais ils ont pu être combattus par un traitement bien dirigé.

L'analyse des observations de l'hôpital Saint-André nous donne des résultats absolument semblables.

Sur 41 femmes 4 ont succombé :

Septicémie aiguë 1 fois (obs. II).

Éclampsie 1 fois (obs. IX).
Péritonite 1 fois (obs. XXIX).
Fièvre puerpérale 1 fois (obs. XXX).

Dans l'observation II, on avait fait une version pour extraire le premier enfant, et appliqué le forceps, pour le second. — Dans l'observation XXX, le second enfant fut amené avec l'instrument.

Deux fois (observations XXXVIII et XXXIX), il se montra de graves accidents de péritonite que l'on parvint à maîtriser. Un cas d'éclampsie (observ. XLI) s'est terminé heureusement. Tous ces résultats viennent donc confirmer les assertions de Clarke, de Riecke, de tous les auteurs qui sont unanimes à reconnaître la gravité du pronostic dans l'accouchement gémellaire.

D'une façon générale, Clarke donne une proportion de morts de 1 sur 44, Riecke de 1 sur 57, Dubois 1 sur 20. S'il y a intervention nécessaire, ce qui est plus fréquent dans les hôpitaux, la proportion devient de 1 sur 8, d'après l'auteur allemand.

Les observations de la clinique de Paris donnent une mortalité de 9,3 0/0 (12 cas de mort sur 140 accouchées).

Nos propres observations nous fournissent une proportion de 9,7 0/0 (4 sur 41) alors que, dans les autres accouchements réunis, la mortalité ne s'élève qu'à 2,8 0/0. C'est presque la proportion spéciale aux présentations de l'épaule; ainsi se trouve démontrée la vérité de l'opinion de de la Motte que nous avons citée comme épigraphe.

Si maintenant nous recherchons quelle est la gravité du pronostic au point de vue des enfants, nous n'arriverons pas à des résultats plus avantageux.

Voici ce qu'en dit M. Depaul : « Pour les enfants, dans « les conditions qui nous sont imposées, la mortalité est « également considérable. Sur nos 140 observations, deux « fois les enfants étaient mort-nés et macérés, sept fois l'un « des deux enfants était mort-né et 44 fois ils ont succombé « après leur naissance par suite de faiblesse. Le résultat « est donc près de 1 sur 3, alors que le chiffre généralement admis est de 1 mort sur 13. »

Le tableau suivant indique les résultats observés à l'hôpital de Bordeaux. Déduisons d'abord 9 avortements jusqu'à six mois. Il reste 32 observations ainsi classées :

Accouchement à 7 mois.	Obs. XVII. — Les deux enfants morts le premier jour.
	Obs. XVIII. — Les deux enfants vivants.
	Obs. XXVII. — Les deux mort-nés.
	Obs. XXIX. — Les deux mort-nés.
Accouchement à 7 mois 1/2.	Obs. XXX. — Les deux vivants.
	Obs. XXXVII. — Un vivant. Un macéré.
Accouchement à 8 mois.	Obs. I. — Un mort-né. Un mort le premier jour.
	Obs. VII. — Un vivant. Un mort le deuxième jour.
	Obs. IX. — Deux mort-nés.
	Obs. XX. — Deux vivants.
	Obs. XXII. — Deux vivants.
	Obs. XXVI. — Deux morts le premier jour.
	Obs. XXXI. — Deux vivants.
	Obs. XXXII. — Un mort-né. Un vivant.

Accouhement à 8 mois	Obs. XXXVI. — Un macéré. Un vivant.
	Obs. XXXVIII. — Deux vivants.
	Obs. XL. — Un vivant. Un mort à 4 jours.
	Obs. XLI. — Un mort le premier jour. Un mort à 3 jours.
Accouchement à terme.	Obs. II. — Un mort à 8 jours. Un mort-né.
	Obs. VI. — Deux vivants.
	Obs. X. — Deux vivants.
	Obs. XI. — Un vivant. Un macéré.
	Obs. XII. — Deux vivants.
	Obs. XIII. — Deux vivants.
	Obs. XIV. — Deux vivants.
	Obs. XV. — Deux mort-nés.
	Obs. XVI. — Deux vivants.
	Obs. XIX. — Deux vivants.
	Obs. XXI. — Un vivant. Un mort-né.
	Obs. XXIII. — Un vivant. Un mort-né.
	Obs. XXVIII. — Deux vivants.
	Obs. XXXIX. — Deux vivants.

Ce qui donne, pour 32 accouchements gémellaires, sur 64 enfants qui auraient pu vivre :

3 enfants macérés,
13 enfants mort-nés,
10 morts peu après la naissance,

—

soit 26 morts sur 64, c'est-à-dire plus de 1 sur 3, sans compter que la mortalité déjà si grande des nourrissons doit encore ici dépasser la moyenne ordinaire. Il est de règle, à l'hôpital de Bordeaux, d'envoyer presqu'immédia-

tement en nourrice les jumeaux nés à la Clinique, de sorte que l'on ne peut apprécier exactement la mortalité des premiers jours: mais elle ne saurait se montrer inférieure à celle qui est reconnue dans les conditions analogues, de sorte que nous sommes encore amenés à porter un pronostic des plus fâcheux pour l'enfant dans les cas de naissance double.

Nous signalerons en terminant quelques points intéressant l'étude des résultats de l'accouchement gémellaire.

Du poids des enfants. — Baudelocque, Grenser et d'autres ont vu des jumeaux pesant ensemble jusqu'à 9 kilos, mais ce sont de rares exceptions et la règle est que le poids des enfants est inférieur à celui que l'on constate dans la grossesse simple.

Malgaigne, Tardieu ont noté cette faiblesse relative du poids des jumeaux et dans la thèse de Lauro de Franco (1) on trouve consignés des résultats obtenus par le Dr Foisy sur treize grossesses gémellaires observées en 1868, à la Clinique de Paris. Le poids moyen pour les garçons est de 2,358 gr., celui des filles 2,013 gr. Sur quinze grossesses à terme nous trouvons les chiffres suivants pour les poids des enfants.

Garçons	Filles
2,370 grammes	2,700 grammes
2,100 —	2,670 —
3,450 —	2,850 —
4,400 —	2,050 —
4,200 —	2,050 —
2,100 —	2,400 —

1. *Thèse Paris*, 1874.

2,700	—	2,300	—
2,450	—	2,800	—
2,850	—	2,400	—
2,450	—	2,300	—
3,550	—	2,200	—
3,100	—	2,950	—
2,600	—	2,500	—
2,850	—	2,750	—
2,000	—	———	
2,300	—		

Ce qui nous donne pour le poids moyen des garçons 2,842 grammes et pour celui des filles 2,494 gr. Si la différence de poids entre les sexes reste la même, le poids moyen trouvé à l'hôpital de Bordeaux dépasse de 400 gr. celui donné dans la thèse de Lauro pour Paris.

De la répartition des sexes. — « Examinons, dit le « professeur Depaul (1), si dans les grossesses gémellaires « les mâles sont plus nombreux que les femelles, comme « cela s'observe pour les grossesses simples.

	Observations	2 Garçons	2 Filles	Sexe différent
« Clarcke.	184	47	68	71
« Collins.	240	73	67	91
« Baillarger.	256	100	58	98
« Lever.	33	11	11	11
« Ramsbotham.	536	171	183	182

« Si j'ajoute à ce tableau les faits que j'ai pu observer « dans cet hôpital, nous trouvons encore :

« 184 observations indiquent 46 fois 2 garçons, 50 fois 2 « filles, 40 garçons-filles. On obtient en résumé sur 1,385

1. Depaul. *Leçons cliniques*, page 199.

« observations, 448 fois 2 garçons, 437 fois 2 filles, 499
« fois garçons et filles.

« En 1843, M. Dubois n'ayant en vue que la seule
« statistique de Churchill avait trouvé le nombre des filles
« plus considérable que celui des garçons. Aussi exprimait-il un doute sur le résultat qu'il avait obtenu et il
« pensait qu'en opérant sur des chiffres plus nombreux,
« on arriverait à un résultat analogue à celui qui a été
« observé pour la grossesse simple. Je suis heureux de
« pouvoir vous montrer aujourd'hui combien sa prévision
« était fondée. »

Dans une statistique faite en Autriche (1) dix mille naissances jumelles ont fourni :

2,992 fois deux filles ;

3,192 fois deux garçons ;

3,816 fois les deux sexes.

Au point de vue de la répartition des sexes nos propres observations se classent de la manière suivante.

Sur quatre-vingt-deux fœtus jumeaux, il s'est trouvé quarante-trois garçons pour trente-neuf filles et en décomposant ce résultat on voit qu'il y a eu, sur quarante-un couples d'enfants :

Vingt-six fois des couples unisexués.

Quinze fois des couples bisexués.

Les couples unisexués se divisent ainsi :

Douze fois, deux filles.

Quatorze fois, deux garçons.

1. Bertillon. — Art. Autriche. *Diction. encycl. des sciences méd.* page 443.

Ces résultats ne font que confirmer ceux qui ont été obtenus par les auteurs.

Quelques recherches intéressantes ont été publiées au sujet de ces résultats généraux. Ainsi, dans son rapport à l'Académie des Sciences en novembre 1855, Baillarger avait énoncé les réflexions suivantes.

« Le nombre des garçons surpasse donc celui des filles « de plus d'un tiers. Ce résultat paraîtra certainement « remarquable si l'on se rappelle que la proportion des « sexes pour la totalité des naissances ordinaires est de « seize filles pour dix-sept garçons. Ainsi la différence est « dans un cas de plus d'un tiers et dans l'autre d'un seizième seulement La proportion relative des deux sexes suit « donc dans les grossesses gémellaires des lois spéciales et « tout à fait distinctes de celles qui régissent les naissances « normales. — Je crois devoir faire remarquer que la prédominance si grande du sexe masculin dans les grossesses « gémellaires se lie à un autre fait qui ressort des statistiques générales des naissances, fait qui peut d'abord « paraître assez étrange. Je veux parler du nombre beaucoup « plus considérable de garçons parmi les mort-nés. La proportion est en effet de dix-sept garçons pour douze filles. « Cette singulière prédominance des garçons parmi les enfants mort-nés peut, à mon avis, s'expliquer en grande partie sinon complétement par la prédominance du sexe masculin dans les grossesses gémellaires lesquelles fournissent comme on sait, un contingent assez considérableaux « statistiques des enfants mort-nés. »

Plus récemment, la question a été reprise à la Société

d'Anthropologie et des particularités curieuses ont été mises en lumière (1).

C'est en France qu'il se présente, sur un même nombre de grossesses gémellaires, le plus de couples unisexués ; or, c'est en France que les grossesses gémellaires sont le plus rares et au contraire, en Hongrie, où les accouchements de jumeaux sont le plus communs, les couples unisexués sont le plus rares (Bertillon). Voilà un premier fait qui n'est pas expliqué.

La production des couples unisexués a été rapportée à certaines influences et on a recherché si cette production pouvait modifier les rapports ordinaires dans la distribution des sexes considérés d'une façon générale et on est arrivée aux conclusions suivantes :

1° L'unité de sexe est un fait constant dans les ovules à deux germes et dans les cas où les jumeaux sont contenus dans un même chorion (2).

2° La tératologie apprend que les ovules à deux germes sont bien plus souvent filles que garçons.

D'où M. Bertillon conclut que, s'il est vrai qu'un certain nombre de grossesses gémellaires soient dues au développement de ces doubles ovules, il doit se rencontrer non-seulement plus de couples unisexués, mais encore plus de filles que dans les grossesses simples. Or, cette conséquence se trouve conforme à l'observation, puisque sur 100 filles il naît 106 garçons, dans les grossesses simples, et seulement 104 dans les grossesses doubles.

Donc, bien que, dans la grossesse double, les garçons

1. Société d'Anthropologie. *Bulletin* 1874 *et* 1877.
2. Meckel. *Arch. de Muller*, 1850, — de Baer.

soient encore les plus nombreux, il est également juste de dire que les filles sont aussi plus nombreuses que dans les conditions habituelles de grossesse simple. Ajoutons ici une particularité curieuse notée par M. Puech : « Dans 106 accouchements multiples répétés, la prédominance du sexe masculin, si remarquable même dans les grossesses gémellaires isolées, a fait place à une prédominance exagérée du sexe féminin. En effet, on compte 124 filles pour 89 garçons. Il semblerait résulter de ce fait, que la répétition des couches multiples chez la même femme favorise la production du sexe féminin. »

Chose encore étonnante à constater, la légitimité ou l'illégitimité paraissent avoir une influence sur la proportion des sexes dans la grossesse gémellaire. Voici les chiffres qui sont donnés : dans les naissances illégitimes simples, le rapport des garçons aux filles est de 104,5 à 100 ; dans les naissances illégitimes gémellaires ce rapport devient 100,59 à 100. « On voit donc que les naissances jumelles paraissent atténuer encore plus la différence dans la proportion des sexes, atténuation qui résulte constamment de l'illégitimité (1). »

Les conditions effectives dans la production de ce résultat ne sont pas suffisamment connues : une des plus efficaces paraît être cependant l'âge respectif de l'homme et de la femme, mais je ne puis que signaler ici le résultat qui a été constaté sans en rechercher l'explication.

Signalons encore un fait généralement admis, c'est celui de la plus grande fréquence des produits malformés dans

1. Bertillon. — Art. Bade. *Diction. encyclop.*

les cas de gestation double. Un des jumeaux est vivant, parfaitement normal et l'autre présente une malformation quelconque. Souvent on a trouvé, avec un jumeau bien constitué, un acéphale et, dans ces cas, la circulation a été souvent commune aux deux fœtus.

Dans un cas du Dr Simonot (1) un fœtus était vivant, bien conformé, l'autre acéphale. Il y avait un seul placenta duquel partait un seul cordon volumineux ; à 4 centimètres de ses attaches, ce cordon se bifurquait en deux branches : l'une, très-courte, conservait le volume du tronc et appartenait au premier fœtus ; l'autre, beaucoup plus longue, aboutissait à l'acéphale.

Godson (2) a cité un fait semblable. Dernièrement M. le Dr Chantreuil signalait, au cours de la Faculté, un, cas dans lequel il avait rencontré un jumeau bien conformé, l'autre acardiaque et n'offrant que des rudiments de membres, la circulation étant unique pour les deux fœtus.

Signalons en terminant la fausseté de l'opinion de ceux qui ont prétendu que les femmes nées jumelles avec un enfant du sexe masculin étaient beaucoup plus souvent stériles. Simpson qui a fait des recherches à ce sujet (3) n'a pas trouvé que la proportion des femmes stériles aux femmes fécondes, dans ce cas particulier (1 sur 10) s'éloignât beaucoup de la proportion générale (1 sur 8, 5).

1. Simonot. *Académie méd.* 10 *février* 1857.

2. Godson (*Transact. of the Obstetric. Soc. of London*, 1875, *vol. XVI*).

3. *Obstétrecal Works. London* 1856.

OBSERVATIONS

Le recueil que nous plaçons ici, comprend seulement les cas de grossesse et d'accouchement gémellaires qui ont été observés à la Clinique obstétricale à Bordeaux dans ces dernières années, et sur lesquels nous nous sommes appuyé dans le cours de ce travail.

Observation I

Marie Tap..., 23 ans, servante, célibataire, entre dans les premiers jours de janvier 1859 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Elle est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, primipare. Bronchite pendant la grossesse. Le travail survient sans cause spéciale. Au début les douleurs sont faibles et irrégulières : le premier enfant se présente par le siége et l'accouchement se fait naturellement à 10 heures du matin.

Pour le second, la partie qui se présente est le tronc : et cette partie reste arrêtée cinq heures au niveau du détroit supérieur. Le soir à 4 heures, il se produit un léger mouvement de descente et enfin l'accouchement se termine à 10 heures du soir, le tronc s'étant plié en deux sur le côté gauche. La durée du travail, pour les deux accouchements réunis, fut de 15 heures.

La délivrance pour le second fut naturelle. Le placenta du premier fœtus était adhérent et il fallut le décoller.

Les enfants n'étaient que de huit mois : le premier du sexe féminin pesant 1600 gr. long de 44 cent., le second du sexe masculin

pesant 1890, long de 49. Il y avait deux placentas pesant chacun 200 gr. La fille vécut cinq minutes, le garçon vint mort. Les suites de couches furent heureuses; la femme sortit au bout d'une quinzaine de jours.

Observation II

Brun Françoise, 42 ans. journalière, mariée, née dans la Charente-Inférieure se présente le 18 janvier 1859. D'une constitution forte, elle est à sa septième grossesse, la sixième ayant déjà été gémellaire. Cette femme est à terme; elle se trouve beaucoup plus fatiguée de cette grossesse que des précédentes: la respiration, la marche sont gênées; l'utérus dirigé à droite est très-développé.

L'examen pendant les jours qui précédèrent l'accouchement amena à faire reconnaître la présence de jumeaux.

Le bassin large est bien conformé. Le ventre a les mesures suivantes:

Circonférence totale au niveau de l'ombilic	115 cemtim.
— à 4 travers de doigt au-dessus	107
— — au-dessous	110
Distance de l'épigastre au pubis en suivant la paroi	48
— — en projection	34
Distance du flanc droit au gauche en suivant la paroi	81
— — en projection	43

Les battements du cœur fœtal sont perçus à gauche au-dessus de l'ombilic et, de ce point, jusque dans la fosse iliaque en suivant le côté gauche du ventre. A droite on entend le bruit de souffle et il y a un second foyer d'auscultation dont la place n'est pas indiquée sur le registre d'observations.

Les mouvements propres du fœtus se font sentir.

Le travail commença le 30 janvier 1859; il s'établit complétement à 4 heures 1/2 du matin : les douleurs sont vives, franches et pourtant l'accouchement avance peu. C'est que le premier fœtus se présente par le flanc droit et ne peut s'engager : la version podalique

devenue nécessaire est pratiquée et l'enfant est retiré vivant à huit heures du soir. — Le second fœtus se présente par le sommet, avec engagement de la main droite et des pieds, et fut extrait par une application de forceps un quart d'heure après.

Durée du travail 15 heures.

Les deux placentas sortent l'un après l'autre facilement.

L'utérus revient bien contracté et douloureux.

Premier enfant, fille vivante 2700 gr.
Deuxième garçon mort-né 2370 gr.

La fille mourut le huitième jour.

La mère a souffert beaucoup pendant le travail et les suites de couches furent fâcheuses.

Le jour même de l'accouchement la fièvre survint, avec douleur, surtout marquée dans la fosse iliaque droite. — 15 sangsues, lavement. — Les lochies se suppriment le troisième jour, la stupeur apparaît, le pouls est à 120, le ventre ballonné avec diarrhée; épistaxis, hémoptysies. Le délire se montre, et le septième jour la femme meurt.

Observation III.

Guillemette Le Drogo, 29 ans, célibataire (Morbihan), de constitution assez forte, primipare, arrive à la clinique d'accouchements le 10 février 1859; elle est enceinte de 6 mois et se présente avec les symptômes de l'avortement. Douleurs vives, légère hémorrhagie. Le ventre offre le volume de la grossesse à terme; il faut probablement attribuer la production prématurée du travail aux fatigues que la femme a éprouvées à son arrivée à Bordeaux, en se plaçant blanchisseuse.

Les douleurs commencent le 11 février à 11 heures du soir et à 3 heures du matin le 12, deux fœtus sont expulsés.

Le premier, fille 730 gr. (plan latéral droit, version).

Le deuxième, garçon 830 gr. (tête et pieds, on repousse les pieds et l'accouchement a lieu).

L'un des deux respira pendant un jour.

Les suites de couches furent normales.

Observation IV

Catherine Morin, 18 ans, mariée, née dans la Gironde, est enceinte pour la troisième fois : elle est au 7me mois, ayant déjà avorté à sa précédente grossesse. Depuis la disparition de ses règles elle a été constamment souffrante d'anémie, de bronchite et à son entrée à l'hôpital, le 23 mars 1859, le travail est commencé. Le ventre apparaît légèrement aplati et volumineux eu égard à la date de la grossesse.

Les douleurs franches surviennent le 24 à minuit ; le 1er enfant se présente en première position du vertex, l'accouchement est facile. Le plan latéral droit du second arrive ensuite au détroit et la version podalique est aisément pratiquée, à 3 heures du matin.

Les deux enfants sont faibles — le premier, garçon 1300 gr. meurt le jour même : — le deuxième, fille 1320 gr. meurt au bout de 48 heures.

Un placenta 700 gr., 2 cordons.

La mère sortit le 2 avril sans avoir éprouvé d'accidents.

Observation V.

Rose Marie, 32 ans, chemisière, célibataire, née à Bordeaux, peu forte de constitution et de tempérament lymphatique est apportée dans le service le 7 octobre 1859. Elle est à sa seconde grossesse et pendant son cours, la malade a éprouvé de fréquentes attaques d'hystérie. Au cinquième mois, à la suite d'un frayeur, des douleurs lombaires ont été ressenties, des pertes de sang se sont montrées pendant un mois et la femme affaiblie arrive à l'hôpital. L'utérus est aplati, large et sa forme fait penser à une grossesse gémellaire. L'auscultation permet d'établir ce diagnostic.

Le travail commence le 6 octobre : il s'établit entièrement le 7 et l'accouchement double a lieu le soir à 5 heures. Les caractères

particuliers du mécanisme de l'accouchement ne sont pas notés. Je trouve seulement que le premier enfant, mort-né, est un garçon assez fort ; le second, qui vécut quelques minutes, est une fille pesant 1320 gr. Il y eut deux placentas distincts l'un de 610, l'autre de 520 gr.

Les suites de couches n'ont rien offert à signaler ; la femme est sortie guérie au bout de huit jours.

Observation VI.

Marguerite Dasq..., 19 ans, (Gironde) accouche le 21 novembre 1859, à la maternité de l'hôpital Saint-André. Le travail commencé à 3 heures du matin était fini à 2 heures du soir : deux enfants à terme en fort bon état étaient venus naturellement en première position du vertex. C'étaient deux filles pesant 2670 et 2850 gr. 2 cordons, 1 placenta. Les enfants et la mère quittèrent l'hôpital en bonne santé le 4 décembre.

Observation VII

Anna R.., 28 ans, journalière, célibataire, née dans la Dordogne, entre à la clinique le 9 juin 1860. De constitution assez forte, tempérament lymphatique, elle a vu ses règles disparaître le 16 décembre dernier, et se trouve au sixième mois de sa grossesse lorsque le travail se déclare. L'accouchement a lieu à 11 heures du soir. Deux fœtus morts, du sexe masculin pesant 1750 et 1420 grammes sont expulsés sans difficulté avec un placenta de 520 grammes. Suites régulières.

Observation VIII

Marguerite R.., âgée de 27 ans, couturière, célibataire, née à Saurel (Landes) est de constitution faible, de taille moyenne et bien conformée. Réglée à 17 ans, elle a déjà eu un enfant à 24 ans et lorsqu'elle se présente à la maternité elle est au huitième mois de sa grossesse. Le début en a été marqué par quelques hémoptysies, par

de la toux permanente ; maintenant la femme est maigre mais son état paraît assez satisfaisant, 3 janvier 1861.

Le travail commence à une heure du soir : la poche des eaux se rompt à 6 heures : un premier enfant se présente par le sommet et immédiatement après un second par le siége. L'expulsion s'est faite naturellement dans les deux cas et à 7 heures l'accouchement gémellaire était terminé après 6 heures de durée. Sexe féminin pour les deux ; poids 2030 et 1900 grammes. Un seul placenta avec deux poches : placenta 580 grammes. L'un des enfants mourut le second jour. La mère a quitté la clinique complétement remise le 21 janvier sans que des signes de tuberculose pulmonaire se soient montrés. Au moment de la sortie, après 18 jours, il y avait encore une perte peu abondante et légèrement colorée en rouge.

Observation IX

Le 3 juillet 1861, une femme d'une vingtaine d'années est ramassée sur la voie publique au milieu d'une attaque convulsive et amenée à la clinique. Elle est de taille moyenne, bien constituée et ne paraît pas être encore au terme d'une première grossesse. A son entrée, on constate tous les symptômes de l'éclampsie, convulsions des muscles de la face et des yeux, écume à la bouche, mouvements cloniques des bras surtout à droite ; pouce opposé au médius et à l'indicateur, flexion des autres doigts dans la paume de la main ; respiration stertoreuse puis bientôt résolution complète. Il était 9 heures du soir quand cette femme arriva dans le service, jusqu'au matin il y eut de 15 à 20 attaques dans l'intervalle desquelles la connaissance ne fut pas recouvrée. Saignée du bras, lavement antispasmodique, compresses froides sur la tête.

Le 4 juillet au matin les attaques sont encore fréquentes et intenses suivies d'un profond coma : la face est fortement congestionnée. On prescrit un bain d'une heure avec affusions d'eau froide sur la tête. Trois attaques surviennent dans le bain. Après le bain les attaques continuent : elles sont seulement moins rapprochées mais le

coma est plus profond. 5 sangsues à chaque apophyse mastoïde, glace sur la tête. Le pouls s'accélère de plus en plus, la congestion cérébrale se prononce davantage.

A 9 heures du matin, le col de l'utérus était entr'ouvert et extrêmement rigide : on pouvait seulement reconnaître une présentation du sommet. A 10 heures, la dilatation étant comme une pièce de 2 fr. la poche des eaux qui bombait fut rompue. A 3 heures de l'après midi, la dilatation était complète : l'accoucheur applique le forceps et extrait un enfant mort. On reconnaît qu'un second fœtus se présente encore par le sommet et une nouvelle application de forceps est facilement faite. Ce second fœtus est aussi mort-né. Ce sont deux filles pesant 1760 et 1580 grammes : les positions exactes étaient O. I. D. P. pour la première : O. I. G. T. pour la seconde. Il existait deux cordons courts 40 centimètres s'insérant au centre de chacune des moitiés d'un placenta unique pesant 500 grammes avec deux loges amniotiques parfaitement distinctes.

L'accouchement gémellaire se fit rapidement : la délivrance de même et les attaques d'éclampsie ne reparurent point : Mais le coma devint plus profond et la femme mourut le lendemain matin 5 juillet sans avoir en un seul instant sa connaissance depuis l'entrée à l'hôpital. Les urines étaient albumineuses.

Observation X

Jeanne Ama, 24 ans, célibataire, des Hautes-Pyrénées se présente à la Clinique étant déjà en travail, le 11 juillet 1861. Elle est de grande taille, d'un tempérament lymphatique, bien conformée. Elle est à terme d'une première grossesse et à 7 heures du matin le col présente une dilatation comme une pièce de 0,50 centimes. Présentation du sommet, position occipito-iliaque droite antérieure. L'accouchement se termine naturellement à 3 heures. — On reconnaît alors qu'un second fœtus se présente par le siége en position sacro-iliaque droite antérieure. La poche est rompue et l'expulsion se fait sans difficulté. Ce sont deux filles pesant 2050 grammes chacune. La délivrance s'est faite aussitôt après ; on a tiré simultanément sur les deux cor-

dons, il y avait deux placentas pesant ensemble 535 grammes. Le placenta du dernier enfant est sorti le premier : ils présentaient tous les deux la disposition en raquette. Ils paraissaient s'insérer vers l'orifice des trompes de Fallope et se rapprochaient en haut sur la ligne médiane sans cependant se toucher. En haut les membranes sont soudées en dedans, mais en bas chaque poche est indépendante complétement.

Les enfants ont été transportés à l'hospice le septième jour. La mère a quitté la Clinique le 23 juillet sans avoir éprouvé d'accidents.

Observation XI

Jeanne Bertin, 31 ans, mariée, née dans la Charente, est admise à l'hôpital au mois de mars 1862. Elle est à sa deuxième grossesse ; ses règles ont disparu depuis neuf mois. L'examen de cette femme est fait avant l'accouchement : elle est bien conformée, son utérus situé sur la ligne médiane remonte fort haut, le palper abdominal fait reconnaître la présence de deux fœtus, mais à l'auscultation on n'entend les bruits du cœur qu'en un seul point. Le travail commence le 20 mars à 8 heures du soir, à minuit les douleurs sont franches ; la présentation du sommet en première position est reconnue. Un premier enfant, garçon chétif, pesant 2100 gr. est expulsé, et immédiatement après un second fœtus s'engage exactement comme le premier, c'est une fille morte depuis plusieurs jours déjà. A 7 heures du matin, le 21 mars, l'accouchement gémellaire était terminé. La délivrance se fait naturellement dix minutes plus tard. Les contractions utérines chassent deux placentas : celui de l'enfant né mort est gorgé de sang, violacé, et présente un point sans cotylédons.

Au bout de quinze jours, la mère et l'enfant ont quitté l'hôpital en parfaite santé.

Observation XII

Marie Dumontet, âgée de 31 ans, mariée, née dans la Charente, est entrée à la Clinique d'accouchements, le 19 mai 1862. Elle est bien

constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin (comme disent les anciennes feuilles d'observations) : cette grossesse est la cinquième : il y en a déjà eu une gémellaire. La femme est à terme ; le ventre est excessivement développé, l'utérus remonte plus haut que l'épigastre ; la palpation fait reconnaître les inégalités fœtales. A l'auscultation on perçoit le bruit de souffle très-marqué surtout à gauche : deux foyers où s'entendent des bruits du cœur distincts.

Le travail s'établit dans la nuit du 18 au 19. Un premier fœtus, garçon, se présente en première position du sommet. Il est expulsé suivant le mécanisme naturel ; immédiatement après, les pieds du second fœtus, fille, descendent dans l'excavation. M. le Professeur Rousset les saisit, fait exécuter la rotation interne de façon que le menton vient se placer sous le pubis et à droite et l'occiput se dégage au périnée.

Aucune particularité dans la délivrance : un placenta régulier avec deux cordons et deux poches.

Le garçon pèse 3450 gr., la fille 2400 gr.

La mère et les enfants sont sortis le 10me jour en bon état.

Observation XIII

Marie Malb. âgée de 26 ans, célibataire, originaire du Cantal, bien conformée et robuste est entrée à l'hôpital le 19 octobre 1862. Le travail était commencé ; la femme est primipare, ses membres inférieurs sont fortement œdématiés, la grossesse à son terme. Le 20 octobre à 4 heures du soir, les douleurs deviennent fortes, rapprochées, portant bien. On reconnaît alors une présentation sacro-iliaque gauche antérieure ; l'accouchement d'un premier enfant a lieu à lieu à 10 heures 1/2, la poche des eaux s'était rompue seulement une demi-heure avant. Après l'expulsion du premier enfant, un second vient au détroit supérieur en position occipito-iliaque gauche et à 10 heures 3/4 l'accouchement gémellaire était terminé sans accident.

La délivrance faite un quart d'heure après donna lieu à une hémorrhagie sans conséquence ; le placenta unique pesait 800 gr. Les enfants sont du sexe masculin et pèsent 4400 et 4200 gr. Les suites de couches furent des plus régulières.

Observation XIV

Ant. Cheyn.... 28 ans, célibataire (Dordogne), bien conformée, lymphatique, arrive le 3 novembre 1862 le soir : elle est au terme de sa première grossesse. Les douleurs commencent à se faire sentir depuis une heure, à 3 heures du matin le travail est complétement établi : les contractions utérines sont bonnes ; la poche des eaux se rompt et à 4 heures 1/2 du matin deux enfants étaient nés, un garçon 2100 gr., une fille 2300 gr., les deux par le siége. Un seul placenta 800 gr. Aucun accident ne survint dans la suite.

Observation XV

Marie Gaston, âgée de 26 ans, domestique, née dans les Basses-Pyrénées, habite Bordeaux depuis un an. De constitution ordinaire, cette fille a été réglée à 15 ans et elle est dans les derniers jours de sa grossesse lorsqu'elle entre dans le service le 18 janvier 1866. On constate que le ventre est volumineux et le diaphragme fortement refoulé. Au moment de l'arrivée, une heure du matin, le travail est commencé ; à 3 heures, les douleurs deviennent plus fortes et à 5 heures l'accouchement était terminé : Deux mort-nés masculins de 2700 et 2450 grammes étaient venus en présentation du sommet. Le placenta expulsé 10 minutes après pesait 900 grammes, 20 et 24 de diamètre : deux cordons en partaient longs de 70 et de 61 centimètres. Le mécanisme de l'accouchement a dû être complétement naturel puisque le registre ne porte aucune observation. Les suites très-régulières ont permis à la femme de quitter l'hôpital le 30 janvier.

Observation XVI

Marie Ludos, 23 ans, de Bordeaux, à terme d'une première grossesse se présente à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André, le 26 mai 1866, au commencement du travail. On reconnaît alors que le ventre volumineux est fortement saillant en avant. L'exa-

men externe par la palpation fait reconnaître un assez grand nombre d'extrémités anguleuses. Cette particularité fait immédiatement rechercher par l'auscultation s'il n'existerait pas plusieurs foyers, mais on n'en trouve qu'un seul, néanmoins la grossesse gémellaire est soupçonnée. — Le 27 mai à 4 heures du matin les douleurs s'exagèrent, le col commence à se dilater. Le toucher pratiqué à ce moment permet de reconnaître la présence d'une poche des eaux peu tendue, et derrière elle on sent les extrémités pelviennes d'un fœtus. Les douleurs continuent à se faire sentir mais assez faibles et portant mal. La poche du premier fœtus se rompt à 9 heures du matin : il y a présentation du siége sacro-iliaque gauche antérieure et l'enfant est expulsé à 10 heures, l'occiput en avant, l'accoucheur ayant introduit le doigt en crochet dans le sillon fémoro-pelvien.

Deux heures après, à midi, la seconde poche des eaux est rompue et on trouve au détroit supérieur une présentation composée du sommet occiput en arrière et des pieds : mais il se fait un prolapsus du cordon et la version est immédiatement pratiquée sans difficulté. De nouvelles contractions utérines se produisent, la tête demeure fléchie et l'enfant est extrait un peu congestionné mais vivant à midi et demi.

La délivrance fut naturelle : il y avait deux placentas pesant une livre chacun ; après leur sortie, l'utérus reste un peu volumineux et la femme prend de l'ergot de seigle.

Les deux enfants, deux garçons, pesaient 2850 et 2450. Ils sortirent avec leur mère le 11 juin en bonne santé.

Observation XVII.

Jeanne B... 29 ans, originaire des Basses-Pyrénées, de constitution moyenne, lymphatique est au septième mois de sa deuxième grossesse lorsque le travail se déclare le 25 mars 1867. Elle se fait porter à l'hôpital Saint-André où l'on constate l'effacement du col et l'engagement d'un sommet dans l'excavation. A ce moment, 25 mars 9 heures du soir, les douleurs sont faibles, courtes, portent peu ; la femme est dans un état de faiblesse très-marqué, souffrant depuis le

matin : l'occiput est en arrière, le travail avance peu Une application de forceps, faite à minuit 15, amène un premier enfant. Le second s'engage aussitôt par le siége et l'accouchement a lieu aussitôt.

Les enfants, deux filles, étaient faibles 1600 et 1650 gram.; longueur 41 et 38 : le premier vécut 1 jour, le second quelques heures.

La délivrance fut naturelle ; deux placentas pesant ensemble 700 gr. ayant 13 centimètres de diamètre.

Avant l'accouchement on a simplement remarqué la forme bicorne de l'utérus.

La mère a quitté l'hôpital au bout de huit jours, très-bien remise.

Observation XVIII.

Lag... Marie, âgée de 27 ans, née dans les Basses-Pyrénées, est d'un tempérament sanguin, bien constitué et de taille moyenne. Elle est au septième mois de sa seconde grossesse lorsqu'elle se présente à la clinique, surprise par le travail le 3 octobre 1867 à cinq heures du matin.

L'utérus est fortement fléchi en avant, les parois abdominales sont molles : mais je ne trouve aucune note pouvant faire croire que la présence de deux fœtus ait été reconnue avant l'accouchement. Le col est effacé, la dilatation à peu près achevée.

A 4 heures 30 soir rupture de la poche des eaux, présentation d'un sommet en première position. Naissance d'une fille, 1550 grammes, longueur 39 centimètres.

Une seconde poche est sentie et derrière on reconnaît une présentation du siége, S. I. D. T. — Les eaux s'écoulent à 4 heures 45 et à 5 heures la deuxième fille était née : elle pesait 1150 gr., longue de 35 centimètres.

Un quart d'heure après, la délivrance naturelle amenait un placenta de 700 grammes ayant 21 et 16 centimètres dans ses plus grands diamètres.

Deux jours plus tard, les enfants étaient envoyés à l'hospice bien

portants et aucun accident fâcheux ne survint jusqu'au départ de la femme.

Observation XIX.

Marie Pujibet, 39 ans, mariée, de Bordeaux, arrive à la Clinique d'accouchements le 16 mars 1868. Elle est à terme de sa sixième grossesse. Le travail vient de commencer : il est 6 heures du soir, la dilatation est presque complète, la présentation du sommet est reconnue. A 7 heures, rupture de la poche des eaux, à 8 heures 1/2, deux fœtus étaient expulsés successivement, et de la même manière : sommet, première position. La femme était entrée pendant le travail ; la grossesse double n'a pas dû être reconnue avant l'expulsion du premier enfant. Il n'y eut d'ailleurs rien de spécial à noter.

Les deux filles pesaient 2800 et 2400 grammes : les placentas étaient réunis en une masse pesant 1 kilo.

Les enfants bien portants furent envoyés en nourrice le quatrième jour, et la mère obtint son exeat sans qu'aucun accident fût survenu.

Observation XX.

Marie Dubau, 36 ans, des Basses-Pyrénées, est au huitième mois de sa première grossesse lorsque les douleurs de l'accouchement commencent à se faire sentir le 17 avril 1868 à 8 heures du matin. Le travail s'établit complétement à 3 heures du soir et le col présente une dilatation de 4 centimètres au moment où la femme arrive à 3 heures du soir. Les douleurs sont rapprochées ; on reconnaît une première position du sommet. La poche est rompue à 6 heures du soir ; le premier accouchement n'a lieu que dans la nuit, une heure matin (18 avril). Le deuxième enfant se présente par le siége en position S. I. D. A. et sort deux heures après le premier.

Les deux filles pèsent 1500 et 2000, 41 et 43 centimètres, toutes deux vivantes. La délivrance donne deux placentas distincts se tenant seulement par les membranes ; ils pèsent ensemble 700 grammes et leurs diamètres mesurent 19 et 11 centimètres.

Les suites de couches ont été très-régulières ; mais je ne trouve aucune indication pour savoir si les enfants, d'ailleurs en bon état, ont continué à vivre.

Observation XXI.

Ferrand Elisabeth, 35 ans, mariée, née dans le Gers, arrive à l'hôpital le 30 avril 1868. Elle est bien constituée, de taille moyenne, enceinte pour la troisième fois et à terme ; son ventre est volumineux ; le globe utérin également développé de chaque côté. — A 3 heures du soir, cette femme éprouvait quelques douleurs très-éloignées ; le toucher pratiqué à ce moment fit reconnaître l'effacement complet du col. A travers son ouverture ayant le diamètre d'une pièce de 2 fr., on distinguait, du côté droit de la mère, une surface lisse, dure, comme celle du pariétal, et un peu plus haut la suture sagittale. Au même niveau, du côté gauche, et se présentant aussi à l'ouverture du col, une surface molle, allongée, dépressible qu'on ne pouvait encore reconnaître parfaitement, vu la hauteur, mais qui semblait être un siége. En effet, 3 heures plus tard, cette dernière partie s'était engagée et on pouvait diagnostiquer avec certitude une position sacro-iliaque droite postérieure. L'auscultation pratiquée à ce moment ne permet d'entendre qu'un seul double bruit fœtal au niveau de la fosse iliaque gauche et le bruit de souffle utérin au même endroit.

Durant la première moitié de la nuit les douleurs restèrent éloignées et peu fortes, mais elles augmentèrent d'intensité et de fréquence dans la seconde : la poche des eaux fut rompue à 4 heures 1/2 du matin le 1er mai. A 5 heures, le siége se dégageait à la vulve, à ce moment les jambes étant défléchies, le tronc suit, la rotation est effectuée, la tête s'arrête au passage. Le cordon cessant de battre, l'accouchement est immédiatement terminé naturellement. L'enfant arrive asphyxié, le cordon est exsangne quoique la circulation n'y ait été suspendue que pendant deux ou trois minutes. Les moyens d'usage sont employés et l'enfant revient très-facilement. — Immédiatement après, le second fœtus s'engage dans le canal pelvien en première position du sommet.

La poche des eaux est volumineuse ; elle se crève et l'accouchement se termine suivant le mécanisme ordinaire, 5 heures 1/2 matin. Ce second fœtus est mort-né : probablement il y a eu compression du cordon par le premier fœtus. — Ce sont deux garçons : le premier 3550, le deuxième 3100 grammes, longueur 53 et 52. — Dix minutes plus tard les deux placentas étaient sortis ; ils pesaient ensemble 1350 grammes réunis seulement par les membranes ; diamètres 20,18 et 20,14. Le premier enfant a été envoyé en nourrice au bout de quatre jours ; la mère a quitté l'hôpital guérie.

Observation XXII

Marie Forsan, 29 ans, mariée, B. Pyrénées, bonne constitution, taille moyenne est à huit mois et demi de sa deuxième grossesse quand elle ressent les douleurs du travail. Souffrant depuis le 9 au soir, elle arrive dans nos salles le 10 septembre 1868 au matin. La dilatation du col est à peu près effectuée, rien autre chose n'est noté. La présentation d'un sommet en première position se reconnaît et à 6 heures et demie le premier enfant est au monde. A 7 heures le second accouchement était terminé, le fœtus s'étant présenté en S. I. D. P — La délivrance se fait immédiatement sans accident. Des deux enfants du sexe masculin le premier est en bon état et pèse 2300 gr., — le second est beaucoup plus petit et pèse 1400 gr. — Il y eut deux placentas complétement distincts, 400 et 350 gr. — Les suites n'ont rien présenté d'anormal : la mère et les enfants ont quitté le service en parfait état, au bout de onze jours.

Observation XXIII

Le 6 novembre 1869, se présente à l'hôpital la nommée L... Jeannette, âgée de 34 ans, originaire des Basses-Pyrénées (Saint-Jean de Luz). Elle est grande, bien constituée et à terme de sa première grossesse. Le travail était déjà commencé ; aussi je ne trouve aucun renseignement sur l'examen externe ou interne indiquant que la présence de deux fœtus ait été reconnue. L'accouchement se termina à 9 heures

du soir. Le premier enfant, un garçon, se présenta en position sacro-iliaque droite : il était mort. Le deuxième, une fille, vint en première position du sommet, vivante. Le garçon pesait 1900, la fille 2300 grammes. Quelques minutes après, le placenta était expulsé : il formait une seule masse, avec deux poches amniotiques ; les cordons longs de 38 centimètres s'inséraient à 5 centimètres l'un de l'autre et, sur la portion du placenta correspondant à l'enfant mort-né, on voyait 4 caillots sanguins dans un état de décomposition plus ou moins avancée. Ceci explique la mort du premier enfant et son retard de développement.

Les suites de couches furent heureuses.

Observation XXIV

Marie J.., 41 ans, mariée, née dans le département de la Dordogne, est venue dans nos salles le 14 janvier 1870. Son état actuel est assez mauvais : elle paraît affaiblie, cachectique et porte une tumeur du volume d'une pomme qui se sent à la région épigastrique. Elle a d'ailleurs été sujette à des vomissements très-fréquents, mais dont la nature n'est pas précisée pendant tout le temps de la gestation. Elle se trouve aujourd'hui au septième mois de sa sixième grossesse, et a perdu cinq enfants sur six. Le travail a commencé la veille à huit heures du soir 12 janvier ; le 13 à 2 heures du matin l'accouchement gémellaire était terminé sans qu'aucune particularité remarquable se fût présentée. Les fœtus arrivèrent par leur extrémité céphalique en première position tous les deux ; ils étaient du sexe masculin, peu vigoureux, 1450 et 1350 grammes et moururent le deuxième jour. — Les délivres pesaient 450 grammes chacun et leur expulsion ne s'accompagna pas d'accidents. — La femme sortit guérie le dixième jour.

Observation XXV

Hélène P.., âgée de 24 ans est entrée à l'hôpital Saint-André prise prématurément des douleurs de l'accouchement le 24 janvier 1870.

Elle est enceinte de 6 mois ; elle est née dans la Corrèze et bien constituée. Le travail est commencé. On reconnaît une première position du siége; le premier fœtus est suivi du second qui sort dans la même attitude. Les deux garçons sont très-faibles : ils pèsent 1000 et 900 grammes ; le premier vécut 12 heures, le second 7 heures. — Les placentas du poids de 850 grammes ensemble furent extraits naturellement, et les suites de couches suivirent leur marche la plus régulière.

Observation XXVI

Coste Pétronille, âgée de 38 ans, mariée, est enceinte pour la quatrième fois et en travail depuis le matin quand elle se présente le 5 janvier 1871. Les règles qui sont d'habitude peu abondantes et ne durent que deux jours n'ont plus paru depuis le mois de mai dernier, la grossesse date donc de huit mois environ. Pendant la gestation, cette femme, d'un tempérament lymphatique, a présenté de l'albuminurie qui a amené une anémie profonde. Au moment de l'entrée, les douleurs sont peu fortes ; l'examen attentif de l'utérus n'est pas pratiqué, je vois seulement, sur les notes qu'il était dirigé à droite. C'est un sommet qui se présente en seconde position et l'accouchement est terminé naturellement à 11 heures du matin.

Aussitôt après une seconde poche est sentie : une présentation complétement semblable à la précédente est reconnue et dix minutes après le second fœtus était expulsé sans plus de difficultés que le premier.

Les deux enfants, du sexe féminin, étaient chétifs 2550 et 1950 grammes, longueur 43 centim. Les deux placentas entièrement séparés sortirent après chacun des fœtus : ils pesaient 400 et 390.

Les deux enfants moururent le lendemain : Il faut sûrement tenir compte de l'abaissement excessif de la température qui fut noté pendant les premiers jours de janvier 1871.

La mère très-anémiée n'éprouva aucun accident des suites de couches et descendit en convalescence dans une salle de médecine le 15 janvier.

Observation XXVII

Marie Coadou... 30 ans, bretonne, est au septième mois de sa première grossesse lorsque le travail commence le 2 mai 1871. A 10 heures du matin l'accouchement a lieu naturellement : deux fœtus l'un masculin, l'autre féminin se sont présentés le premier par l'extrémité céphalique, le second par l'extrémité pelvienne ; ils pèsent 1050 et 1400 grammes, tous deux mort-nés. La délivrance donna deux placentas de 300 grammes et une hémorrhagie légère se montra au huitième jour. La femme guérit sans autre accident.

Observation XXVIII

Elisabeth Gr.... âgée de 32, est née à l'île de Ré. Bien constituée et de taille moyenne, elle a vu ses règles survenir à 19 ans et chacune de ses époques durait huit jours. Elle a déjà été enceinte une fois et se trouve aujourd'hui au terme d'une seconde grossesse. La menstruation s'est supprimée le 4 octobre dernier et jusqu'au 4 juillet 1872, jour de l'entrée à la clinique, la femme n'a rien éprouvé d'anormal, On l'examine et on constate que le ventre est volumineux, qu'il a un aspect bilobé et que l'utérus est surtout dirigé à droite. L'auscultation a fait constater l'existence de deux foyers distincts pour le summum des bruits du cœur fœtal, les places occupées par ces foyers n'ont pas été notées.

Les douleurs commencent à se faire sentir le 4 juillet à 3 heures de l'après midi, le travail s'établit d'une façon complète à 10 heures du soir. Durant la nuit les douleurs sont assez fortes. — On sent au détroit supérieur une tête en première position, le col est dilaté, les douleurs sont fortes depuis quelque temps, lorsqu'à 8 heures du matin la poche est rompue et l'enfant amené avec le forceps. Aussitôt après le second se présente en deuxième du siége et son expulsion a lieu immédiatement suivant le mécanisme naturel.

Le premier enfant est un garçon 2600 gr. 49 cent. Le second

une fille 2200. gr. 47 cent. Quelques minutes plus tard on retire sans difficulté 2 placentas pesant 750. gr.

Les deux enfants sont envoyés en nourrice après trois jours et la mère quitte l'hôpital le 23 juillet.

Observation XXIX

Christine Misarm..., âgée de 28 ans, domestique, entre le 15 octobre 1872. Bien constituée, régulièrement menstruée, elle est enceinte pour la deuxième fois et arrivée au septième mois de sa grossesse. Il y a 15 jours, à la suite d'une course en charrette, elle fut prise de douleurs et depuis ce moment des hémorrhagies ont persisté à paraître de temps en temps. Au moment de l'arrivée dans le service le travail est commencé, les douleurs sont vives, le col se dilate. A 6 heures du matin, un premier fœtus atrophié est expulsé avec ses enveloppes et son placenta. Vers 7 heures 1/2 un second fœtus arrive mort-né comme le premier et pesant 2500 grammes, tous les deux du sexe féminin. La délivrance pour le second a eu lieu naturellement ; le placenta pesait 600 gr.

Il est probable que les deux accouchements se firent par le sommet, car aucune indication du mécanisme n'a été consignée sur les registres.

Trois jours après la délivrance, la malade éprouve une vive douleur dans la fosse iliaque gauche.

Application de sangsues. Le sixième jour, la douleur s'étend à droite, la soif est vive, le pouls péritonéal. Les jours suivants les accidents s'aggravent et la mort survient le 28 octobre.

Observation XXX

Les faits consignés dans cette observation se sont produits pendant notre externat dans le service d'accouchements.

La nommée Pauline Bourd...., domestique, âgée de 24 ans, célibataire, est née à Labourcave, Basses-Pyrénées. Bien constituée, elle a été réglée à 15 ans ; ses menstrues peu abondantes duraient trois jours.

Pour la dernière fois elle a été réglée le 20 avril 1873, et quelques jours après elle devenait enceinte. Elle entre à la clinique le 16 décembre 1873 se trouvant environ au deux cent trentième jour de sa grossesse (sept mois et demi). — Les douleurs l'ont surprise à trois heures du matin le 16 décembre et elle se présente dans le service à sept heures du matin. — Le toucher fait reconnaître un sommet dans l'excavation; les douleurs sont faibles, localisées à l'hypogastre. La poche des eaux s'est rompue à quatre heures du matin. Le volume du ventre n'est pas exagéré et rien ne fait penser à une grossesse multiple; l'examen attentif de l'utérus n'est pas pratiqué. Une demi-heure après l'entrée de la malade, la rotation de la tête s'effectue; à onze heures du matin la tête est au détroit inférieur et un quart d'heure après, à la suite de trois ou quatre douleurs peu fortes, un enfant est expulsé spontanément. C'est un garçon pesant 2100 grammes.

Après la sortie de l'enfant, l'utérus est encore volumineux et l'examen fait reconnaître l'existence d'un second fœtus.

Les douleurs se sont calmées, la délivrance ne se fait pas et on s'abstient de toute tentative de ce côté.

A midi 10 minutes. — Les contractions reviennent mais toujours faibles et espacées.

A 1 heure et demie. — On reconnaît une présentation du sommet en seconde position, un peu inclinée. Le travail s'arrête à peu près complétement depuis le 16 décembre, deux heures de l'après-midi, jusqu'au 17 décembre, dix heures du soir. A ce moment la tête est toujours au détroit supérieur et comme la femme est fatiguée, M. le chef-interne intervient. Le chloroforme est administré à dix heures quarante minutes; le forceps est appliqué et à onze heures et quart le deuxième enfant est amené vivant. L'occiput s'est dégagé en arrière: il y a eu une petite déchirure. — Le second enfant est une fille pesant 2200 grammes.

La délivrance est longue à se faire; au bout de quarante minutes seulement, les deux placentas réunis, avec deux poches distinctes, sont expulsés du vagin.

Aussitôt une hémorrhagie très-forte se déclare; elle nécessite la com-

pression directe de l'aorte et surtout de l'utérus, avec tamponnement du vagin. L'écoulement sanguin cesse bientôt ; le tampon est retiré; la femme avait pris 3 grammes d'ergot de seigle. A une heure du matin elle est installée dans son lit sans autre accident.

Le 19 *décembre.* — Deux jours après l'accouchement, une fièvre puerpérale se déclare et la malade meurt en 48 heures, le 21 décembre. — Il faut dire qu'à ce moment il y eut dans le service une épidémie de fièvre puerpérale foudroyante et que trois femmes moururent d'une manière aussi rapide du 21 au 24 décembre.

Les deux enfants furent portés en bonne santé à l'hospice des Enfants Assistés.

Observation XXXI

Hleène Mel...., 30 ans, née à Monestier (Dordogne) est au huitième mois de sa deuxième grossesse, lorsqu'elle arrive à la Clinique le 8 janvier 1874. La veille dans l'après midi les douleurs se sont éveillées, des eaux sont écoulées à partir de quatre heures du soir. De minuit à 6 heures du matin le travail marche bien, la dilatation s'est accomplie. A ce moment les contractions diminuent et la femme arrive à l'hôpital. La tête est au détroit en première position ; à 9 heures et demie les douleurs deviennent irrégulières : quelques inhalations de, chloroforme sont faites pour les régulariser. Bien que ce résultat soit obtenu, la tête ne progressant pas, on profite du sommeil chloroformique et l'enfant est extrait sans difficulté avec le forceps.

A 10 heures 40, de bonnes douleurs recommencent à se produire et à 11 heures 25, le second enfant arrivait naturellement, aussi par le sommet et sans intervention du chirurgien quoique son volume fût supérieur à celui du premier.

1r garçon 1900 long. 42.

2me fille 2350 long. 48.

La délivrance se fit simplement : placentas, 1 kilo, se tenant par un bord.

Les suites furent des plus régulières pour la mère et les enfants.

Observation XXXII

Jeanne Chasser.... 28 ans, célibataire, est née à Espelette (B. Pyrénées). Les règles survenues à l'âge de 19 ans duraient trois jours. Au moment de l'entrée, elle est enceinte pour la première fois et au huitième mois de la gestation. Le travail commence le 4 avril 1874; un premier enfant chétif arrive par le siége, il est mort-né et pèse 1950. gr. Le second enfant se présente aussitôt et par le siége encore. L'accouchement a lieu spontanément et le fœtus arrive vivant. Il est mieux développé que le premier. Le travail dura quinze heures et les suites des couches furent heureuses pour la mère et l'enfant venu vivant.

La délivrance avait donné deux placentas pesant ensemble 650 grammes et assez petits puisqu'ils ne mesuraient que 13 et 12, 14 et 15 cent., dans leurs plus grands diamètres.

Observation XXXIII.

Louise Lacl.., 22 ans, célibataire née dans le département des Basses-Pyrénées est entrée à la clinique le 20 janvier 1876. De constitution normale, elle a vu ses règles survenir pour la première fois à l'âge de 15 ans. Bien menstruée depuis, elle perdait pendant huit jours à chaque époque et se trouve au sixième mois de sa première grossesse quand elle se présente à l'hôpital en plein travail. Les douleurs ont commencé à se faire sentir durant la nuit ; elles sont vives et fréquentes et l'accouchement gémellaire se termine rapidement à 2 heures de 'après midi. Deux fœtus du sexe masculin sont successivement expulsés en présentation du siége. La délivrance se fait naturellement et deux placentas sont rendus qui pèsent 600 et 450 grammes. — La mère sortait guérie 10 jours plus tard.

Observation XXXIV.

Louise Lab..., célib., âgée de 19 ans, primipare, née dans le dépar-

tement des Hautes-Pyrénées est enceinte de quatre mois et demi, le 22 mai 1876, lorsque le travail de l'avortement commence sans cause notée. Les règles survenues a 16 ans pour la première fois, duraient pendant une semaine. L'avortement commence à minuit, les douleurs deviennent plus vives à 8 heures et à 4 heures de l'après midi, deux fœtus mâles étaient expulsés. Il n'y eut pas d'accidents.

Observation XXXV.

Juliette Merl..., 32 ans, veuve, née à Chevenceau, Charente-Inférieure a été réglée à 13 ans. La menstruation était normale. Elle est à sa troisième grossesse lorsqu'elle arrive à l'hôpital le 4 décembre 1876. La fécondation remonte à cinq mois et la femme est en travail. Deux mort-nés du sexe masculin sont rendus sans aucune difficulté. La mère est partie guérie le neuvième jour.

Observation XXXVI.

Jeanne L..., âgée de 32 ans, mariée, née à Saint-Pandelon (Landes), est entrée à la clinique des femmes enceintes le 22 mai 1877. Elle est à sa sixième grossesse, dont une a déjà été gémellaire : tous les enfants qu'elle a eus sont morts. On apprend encore qu'elle a été réglée à 16 ans et que ses époques duraient seulement 2 jours. Quant à l'examen de la grossesse actuelle, je ne trouve rien qui ait été noté. Les règles avaient disparu depuis le 26 septembre, la femme était au huitième mois lorsque survient le travail de l'accouchement le 30 mai 1877.

Les deux enfants sont venus par le siége.

Le premier garçon macéré pesant 2400, longueur 44 cent. 22 cent.; les os du crâne sont dissociés.

Le second garçon est vivant, pèse 2700 grammes.

La délivrance est naturelle. — Les suites furent régulières.

Observation XXXVII.

Françoise R..., âgée de 21 ans, mariée, née dans le département

de la Creuse, arrive à l'hôpital Saint-André le 12 juin 1877 avec un commencement de travail. Les règles qui sont survenues à 12 ans et qui, d'habitude, duraient huit jours, ont cessé de paraître depuis le 23 octobre dernier ; la femme est enceinte de 7 mois 1/2.

Elle est primipare.

Le premier fœtus s'est présenté par le siége : c'était une fille vivante, pesant 1550 grammes, longue de 29 centimètres.

Le second qui a présenté son extrémité céphalique au détroit était un mort-né macéré, un garçon de 1400 grammes. La délivrance a donné deux placentas contigus avec deux poches. Les suites régulières ont permis à la mère de sortir le neuvième jour. Je n'ai pu savoir si l'enfant a vécu.

Observation XXXVIII (personnelle).

Pétronille Puté..., âgée de 26 ans, célibataire et née à Bordeaux où elle a été élevée à l'hospice des Enfants assistés. Elle est de constitution normale, d'un tempérament lymphatique et d'une taille moyenne. Les règles qui sont survenues à l'âge de 16 ans duraient trois ou quatre jours. Elle a déjà eu un enfant et est arrivée au huitième mois d'une deuxième grossesse lorsqu'elle se présente à l'hôpital le 3 mai 1878, à 6 heures du matin. Couchée sur le lit de misère, je l'examine et je suis immédiatement frappé par le volume exagéré du ventre. La malade m'apprend que ses règles ont disparu le 20 août et qu'elle est sûrement enceinte du 23. Devant ces allégations, je songe encore davantage à la possibilité d'une grossesse double et je procède à un examen attentif de la malade.

Le tour du ventre, pris perpendiculairement à l'axe du corps au niveau le plus saillant, est de 106 centimètres. Horizontalement, à sa base, la tumeur abdominale mesure 100 centimètres. Le globe utérin arrive jusqu'aux fausses côtes. La région sus-pubienne sur une hauteur de trois travers de doigt est œdémateuse, elle conserve parfaitement l'empreinte du stéthoscope, et cet œdème ne se remarque nulle part ailleurs.

L'auscultation me donne les renseignements suivants :

Il y a un premier foyer pour les bruits du cœur fœtal situé sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic au pubis. Je compte 136 pulsations.

Un second foyer se trouve à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, toujours sur la ligne médiane. A ce niveau, le nombre des pulsations est le même, mais leur intensité est plus grande qu'au foyer inférieur. Le bruit de souffle s'entend très-bien dans le flanc gauche.

La palpation ne me donne pas d'indication précise mais le toucher vaginal permet de reconnaître la présence d'un sommet au détroit supérieur. Si on se rappelle qu'il y a un foyer d'auscultation des bruits fœtaux à la partie supérieure de l'utérus très-développé, il est permis de diagnostiquer la présence de deux fœtus dans la matrice.

L'examen général étant terminé, je reconnais une position occipito-iliaque gauche postérieure du premier fœtus. Sept heures du matin. La dilatation se fait régulièrement. A huit heures et demie au moment de la visite, mon regretté maître le Dr Labat, professeur de clinique obstétricale, confirme le diagnostic porté. Pendant qu'il reconnaissait la position assez rare de l'occiput, la rotation de la tête s'effectue sur son doigt, le col ayant décoiffé le front. La position prise par la tête explique peut-être pourquoi les battements du cœur s'entendaient moins distinctement au foyer inférieur, celui de l'enfant qui naissait le premier. A dix heures du matin l'expulsion du premier fœtus se faisait naturellement. C'était une fille, vivante, pesant 2950 grammes, longue de 49 centimètres. Il n'y a pas d'hémorrhagie, je ne touche pas au cordon.

Immédiatement les douleurs reprennent la femme. Le ventre a changé de forme, mais il est encore volumineux et mesure 93 centimètres. La deuxième poche des eaux est déjà formée, elle bombe même fortement, mais il est encore impossible de reconnaître quelle partie va se présenter. L'auscultation ne me l'indique pas davantage. On entend toujours le bruit de souffle à gauche, mais les bruits du cœur qui tout à l'heure s'entendaient très-distinctement en haut ne se retrouvent plus. La palpation ne peut non plus faire préciser le mouvement qui s'opère à dix heures vingt minutes.

Le pouls de la mère qui était à 60 au début du travail, six heures matin, est maintenant à 100. A dix heures 3/4, je puis toucher le sommet qui arrive au détroit en position occipito-iliaque droite transversale. Ne percevant pas les bruits du cœur et jugeant la présentation favorable, je romps la poche des eaux. Il s'écoule une très-grande quantité de liquide amniotique. Dix minutes après, c'est-à-dire à onze heures matin, le second fœtus venait au monde à demi asphyxié. Au bout de quelques instants et avec les soins habituels la respiration était établie. L'état du fœtus et la grande quantité des eaux expliquent la difficulté de l'auscultation et le peu de renseignements qu'elle fournissait sur le mouvement opéré par le fœtus, ainsi que la difficulté du palper. Un quart d'heure après, les deux placentas étaient expulsés ensemble, ils étaient distincts mais adhérents par leurs membranes : poids 1250 grammes.

Le second enfant, un garçon, pesait 2850 grammes.

Les enfants très-bien portants ont été envoyés en nourrice au bout de trois jours.

Suites de couches. — Le 5 mai, deux jours après l'accouchement, la femme ressent une vive douleur au ventre avec fièvre intense. La température est à 39°6, le pouls à 132, les inspirations à 49. Il y a de la métropéritonite. Immédiatement on applique vingt sangsues, onguent napolitain, cataplasme.

Deux grammes d'alcoolature d'aconit sont donnés à l'intérieur.

Dans la nuit tous les phénomènes morbides diminuent d'intensité et le lendemain matin il y a un peu de mieux.

Pendant la journée du 7, la détente continue et à la visite du 8, le pouls est à 100, la température à 39°, respiration 35. Un vésicatoire et quelques purgatifs ont achevé la guérison.

La femme P..., a quitté l'hôpital très-bien remise le 15 juin 1878. Le garçon est mort à 15 jours ; la fille est bien portante.

Observation XXXIX (Personnelle).

Hirib..., Marie, âgée de 19 ans, née à Hasparren (Basses-Pyrénées), entre à la Clinique au mois d'avril 1878.

Antécédents. — Cette jeune fille a été réglée pour la première fois à 14 ans, mais, à la suite d'un bain froid qu'elle prit pendant sa première menstruation, complétement ignorante et livrée à elle-même, elle vit l'écoulement sanguin se supprimer et il ne reparut plus qu'à l'âge de 17 ans. Un an et demi après, elle devint grosse et se rendit à Bordeaux.

Avant de passer à l'examen que nous avons fait, la malade étant dans le service, nous allons rapporter les antécédents de famille qui nous ont été fournis exactement et qui sont très-intéressants au point de vue de la grossesse multiple. Voici en effet l'histoire de la mère de Marie H....:

Elle eut successivement, étant fille, trois enfants, un du sexe masculin, deux du sexe féminin qui ont vécu (notre malade est une de ces dernières), plus une fausse couche. Ces quatre grossesses ne furent pas le fait de relations entretenues avec la même personne. Mais depuis cette époque, la femme se maria et, chose digne de remarque, elle eut à la suite l'une de l'autre, trois grossesses triples. Des neuf enfants qui vinrent au monde dans ces trois couches, aucun n'a survécu. Enfin sa septième grossesse donna un enfant de sept mois qui est vivant.

Ces renseignements méritaient d'être rapportés en détail en tête de l'observation suivante.

Marie H... ne peut préciser l'époque à laquelle remonte sa grossesse; elle nous dit avoir continué à être réglée jusqu'au moment où nous la voyons pour la première fois et alors l'utérus a le volume qu'il présente d'habitude au terme de la gestation. La femme est reçue dans le service de clinique obstétricale comme devant accoucher bientôt ; c'était dans les premiers jours d'avril 1878. Peu de temps après, une légère hémorrhagie, semblable à l'écoulement menstruel se produit ; nous examinons alors la femme au spéculum ; le col utérin se montre très-congestionné et deux îlots de granulations se voient bien développés et occupant sur chacune des lèvres du col une étendue de 1 centimètre carré environ (23 avril).

Le 26 avril, je trouve un foyer d'auscultation du cœur fœtal à

6 centimètres à droite de l'ombilic sur une ligne horizontale. Le pouls fœtal est à 144, celui de la mère à 72.

Quinze jours plus tard, auscultant de nouveau l'abdomen je retrouve le même foyer; les bruits y sont toujours bien marqués à 136. Le pouls de la mère est à 56. A ce moment certains signes me font penser à la possibilité d'une grossesse double. En effet, le ventre est volumineux ; la circonférence ombilicale mesure 99 centimètres, et la base de la tumeur abdominale a 93 centimètres de pourtour horizontalement. Le globe utérin arrive à toucher les fausses côtes; les jambes sont très-enflées, comme s'il y avait une maladie du cœur. L'œdème sus-pubien existe, mais il est peu marqué. Il n'y a pas la moindre bouffissure à la face. La femme est gênée pour respirer. Les urines analysées n'offrent pas trace d'albumine. Tous ces signes, joints à l'ignorance de l'époque de la fécondation m'engagent à explorer l'abdomen avec plus de soin et je ne tarde pas à découvrir un second foyer d'auscultation du double bruit fœtal situé sur la ligne médiane à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Là, les battements sont à 148 mais moins faciles à entendre qu'à l'autre foyer.

Enfin, le toucher faisant reconnaître sûrement l'engagement d'un sommet alors qu'un bruit de cœur fœtal, on ne peut plus net, s'entendait à la partie supérieure, il nous est permis d'annoncer un accouchement gémellaire, 12 mai.

A la visite du lendemain nous avons prié notre maître le professeur Labat d'examiner la malade et notre diagnostic fut confirmé.

Trois ou quatre jours plus tard, des contractions presque indolores commencèrent à se produire fréquemment ; le sommeil devenait difficile.

Le 18 mai, à onze heures du matin, le travail commence. A 3 heures de l'après midi, la dilatation du col est comme une pièce de 2 francs, les douleurs très-fréquentes portent bien.

Le premier fœtus se présente par le sommet en position O. I. G. A : le travail marche régulièrement. A 4 heures 1/2, le périnée commence à se distendre : le pouls de la mère est à 60.

Au foyer supérieur je compte 140 pulsations : au foyer inférieur correspondant au dos de l'enfant qui va naître je trouve 152.

A 5 heures 20, la tête commence à paraître.

A 5 heures 40, le premier accouchement est terminé.

L'enfant qui vient d'être expulsé est une fille en bon état : elle pèse 2500 gr. mesure 49 centimètres comme longueur totale, 28 centim. de la tête à l'ombilic. Le cordon est lié et aucune traction n'est exercée sur lui.

Cinq minutes après la sortie du premier enfant une nouvelle douleur est ressentie. Le second fœtus qui occupe la région supérieure de la matrice ne s'est pas encore déplacé : la femme dit le sentir remuer. A 5 heures 55 la poche des eaux est très-tendue. Le tour du ventre mesure encore 90 centimètres. Le foyer d'auscultation se déplace en descendant vers la fosse iliaque droite.

A 6 heures, nouvelle douleur. Les bruits du cœur à 136 s'entendent sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque à une distance de 5 centim. de l'ombilic.

Comme il ne m'est pas encore possible de reconnaître la présentation par le toucher et que la tension de la poche m'oblige à le pratiquer avec précaution, j'ausculte de nouveau. D'après la longueur comparée des lignes suivant lesquelles s'entendent les bruits, d'après la palpation externe et les mouvements actifs, je suis amené à croire que le fœtus descend verticalement, le sommet en bas, le dos tourné à droite de la mère. A 6 heures et quart nouvelle douleur, pouls de la mère à 68. — Cathétérisme. — A ce moment je sens le sommet et la main gauche au détroit supérieur. Je romps la poche 6 h. 38. — La tête semble arrêtée au-dessus du détroit à droite. En appuyant simplement sur la fosse iliaque droite avec la main, je fais engager la tête et en une seule douleur elle parcourt toute la longueur du petit bassin. La tête étant au périnée le cœur bat 144. Immédiatement le second enfant est expulsé. C'est une fille un peu plus grosse et plus vigoureuse que la première. Elle pèse 2750 gr. longueur totale 49, de la tête à l'ombilic 29. — Ligature du cordon.

Quinze minutes après les deux placentas sortent ensemble. Ils sont

larges étalés, ne se tiennent pas exactement mais sont réunis par l'adossement des membranes.

Le poids total du delivre est de 1150 grammes.

Une légère hémorrhagie suit la délivrance, mais elle cède facilement à la friction de l'utérus, et à une prise de seigle ergoté, un gramme environ.

Le 20 mai, 2 jours après l'accouchement, vive douleur à l'angle droit de la matrice; une péritonite intense s'est déclarée; pendant 5 jours l'inquiétude fut grande : la température oscille de 39° à 41°, le pouls de 104 à 122, les inspirations atteignent pendant 2 jours le chiffre dangereux de 58 à la minute. Au bout de 8 jours, la femme entrait en convalescence.

Les enfants avaient été envoyés en nourrice bien portants le lendemain de leur naissance.

La mère reste dans le service longtemps : elle eut une rechute de sa péritonite au mois de juin ; elle sortit enfin définitivement guérie au mois de juillet dernier et nous avons pu la revoir depuis très-bien portante.

Observation XL

Je dois cette observation et la suivante à l'obligeance de M. le professeur Moussous. Elles ont été rédigées par mon collègue et ami M. Tourrou, interne du service, d'après les renseignements qu'il a recueillis et les notes inscrites au registre par M. le docteur Roy de Clotte, chef de Clinique à la faculté de Bordeaux.

Marie Appère, âgée de 30 ans, femme Clément, exerçant la profession de ménagère, née à Plinder (Finistère) entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 24 décembre 1878, pour des douleurs de reins et des crachements de sang. Cette femme est enceinte d'à peu près sept mois et demi. Mariée en 1870, elle en est à sa cinquième grossesse. Les quatre premières lui ont donné six enfants, soit deux gémellaires. En voici le détail :

En 1871. — 2 jumeaux. Fille, garçon, venus à terme mais morts du croup vers cinq ans.

En 1872. — 2 jumeaux. Fille, garçon, venus à terme mais morts du croup vers quatre ans.

En 1873. — Une fille, actuellement vivante.

En 1876. — Un garçon actuellement vivant.

Comme antécédents de famille, la malade nous apprend qu'une sœur de sa mère a eu des jumeaux, que la femme du frère de sa mère a eu des jumeaux.

Cette femme occupée dernièrement à laver des escaliers, glisse et tombe sur les reins. A la suite de cette chute, elle perd un peu de sang et éprouve des douleurs assez violentes dans la région lombaire. De plus, elle tousse depuis quelque temps. L'auscultation révèle dans les fosses sus-épineuses quelques craquements ainsi qu'une respiration soufflante, rude et entrecoupée. Les crachats sont blanchâtres, spumeux, striés de sang. Rien au cœur. De bonne santé autrefois, cette femme est maintenant phymique et fort déprimée. Elle entre dans le service pour se remettre et accoucher bientôt.

Nous occupant maintenant de sa grossesse, nous obtenons les renseignements suivants : la femme dont les règles survenues à l'âge de 15 ans, duraient d'ordinaire 3 jours, ne peut préciser l'époque à laquelle elle est devenue enceinte. Elle nourrissait son dernier enfant et les règles n'étaient pas revenues depuis l'accouchement. D'après l'époque à laquelle les mouvements actifs du fœtus ont été perçus, la fécondation remonterait environ à sept mois et demi. A ce moment, vu l'état général de la malade, on borne l'examen à l'auscultation. Il est facile de percevoir les battements du cœur fœtal dans la région antéro latérale gauche de l'abdomen, au lieu d'élection. Les bruits sont clairs et bien frappés, à 170, le pouls de la mère étant à 85. Si on n'a pas à ce moment fait un palper en règle, la simple vue a appris que le ventre n'était pas trop volumineux : malgré les grossesses antérieures, la peau du ventre n'offre aucune vergeture. Sans s'occuper davantage de la grossesse pour le moment, on soumet la malade à un régime reconstituant. Deux jours après son entrée, elle a une hémop-

tysie assez abondante qui se reproduit de loin en loin. Vers le milieu de janvier, un mieux sensible s'est produit, les douleurs lombaires ont disparu, on pratique alors un examen sérieux.

Le ventre offre le volume qu'il a d'habitude à huit mois; la main placée sur l'utérus amène une contraction qui lui donne la forme d'un cœur de carte. L'utérus est assez irritable, mais dans l'intervalle des contractions, on parvient facilement à pratiquer le palper et voici ce que donne ce genre d'exploration.

Si on porte directement les deux mains de haut en bas derrière l'arcade pubienne et sur les parties latérales de la ligne brune au niveau des éminences iléo-pectinées, on se sent arrêté du côté gauche par une masse dure, arrondie, résistante que l'on peut limiter facilement de l'autre main et qui donne la sensation connue de la tête. Puis si on remonte vers le côté gauche du ventre, on sent une petite tumeur arrondie qui est continuée par une sorte de cylindre permettant de reconnaître assez exactement l'épaule et le bras. — Si on porte les mains vers le fond de l'utérus on y trouve deux tumeurs dures, mais d'une dureté spéciale qui n'est pas exactement celle de la tête. Si on exerce une pression sur ces deux tumeurs, il est impossible de les faire ballotter comme on fait ballotter une tête. Ces deux masses sont assez rapprochées et semblent même se confondre sur le fond de l'utérus. Si on palpe sur le pourtour du globe utérin, toujours vers le fond, on sent une petite masse sur le côté gauche, puis à quelques millimètres, une seconde petite masse semblable : ces deux petites saillies ne sont autre chose que les pieds du fœtus. Du côté droit, il nous a été impossible de percevoir la sensation soit des pieds, soit des genoux. Force fut donc d'établir qu'il y avait probablement deux fœtus, du moment que l'on trouvait deux siéges. Il manquait à trouver une tête. Mais en palpant attentivement la fosse iliaque droite, on arrivait sur une masse arrondie, dure, qui n'était autre chose que la seconde tête. Le palper avait donc permis de diagnostiquer une grossesse gémellaire.

Il restait à savoir si l'auscultation d'une part, et le toucher d'autre part confirmaient le diagnostic. Auscultation : Les battements du cœur

fœtal s'entendaient dans la région antéro-latérale gauche de l'abdomen dans une étendue de 5 centim., le maximum d'intensité siégeant à 1 centimètre et demi à gauche de l'ombilic et à un demi centimètre au-dessous. Le second foyer n'a pu être trouvé, malgré toute l'attention mise à sa recherche. On n'entendait qu'un seul souffle utérin assez marqué.

Enfin, le toucher permit d'arriver sur un col mou et de reconnaître un sommet. — Cet examen eut lieu douze à quinze jours environ avant l'accouchement. Dans les jours qui suivirent, l'auscultation ne permit toujours d'entendre qu'un seul cœur.

Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 2 février à midi. La femme perdit un peu de sang et le travail commença. Bien qu'éloignées, les douleurs sont bonnes et il est facile de voir la matrice se contracter régulièrement. Les douleurs se ralentissent vers 4 heures et la poche des eaux se rompt à cinq heures. Jusqu'au moment de la rupture des membranes, dans l'intervalle des douleurs, le toucher ne fait reconnaître la présence que d'une seule poche. Le travail continue, mais de plus en plus lentement jusqu'à 8 heures du soir. A ce moment, cessation complète des contractions : la tête était arrivée au plancher. La malade qui est très-fatiguée accuse des éblouissements, des vertiges et une forte céphalalgie. Devant ces symptômes, M. le professeur Moussous fait une application du petit forceps de Pajot à 9 heures 40. On sectionne le cordon entre deux ligatures.

L'inspection du ventre fait voir une masse assez volumineuse située au côté droit. Demi-heure après la sortie du premier fœtus, les douleurs recommencent lentes et peu fortes. La poche des eaux se reforme. Le col est complétement dilaté. Vers minuit, on sent la poche flasque, volumineuse, mais le doigt n'arrive sur aucune partie fœtale. — A une heure, la poche est encore plus considérable et en boudin : une main est sentie flottant librement dans le liquide amniotique. M. le Dr Roy de Clotte, pratique alors la version podalique : le pied gauche est amené d'abord, puis le droit et l'opération se termine sans le moindre accident, l'occiput en avant. Il n'y a pas d'hémorrhagie. On coupe le nouveau cordon entre deux ligatures. Vingt minutes après la sortie du dernier

enfant, la délivrance est pratiquée. Le placenta était tombé sur le col et il suffit d'aller le prendre, les cordons étant peu résistants. La masse placentaire était unique et normale.

Aucun accident ne vint se montrer dans les suites de couches et la femme sortit guérie le 22 février 1879.

Enfants : 2 garçons { 1er né le 3 février à 9 h. 40, soir.
2e né le 4 février à 2 heures, matin.

Le premier, venu par le forceps, pesait 2,000 gr. et mesurait 43 centimètres comme longueur totale, 22 centimètres de la tête à l'ombilic. Ce premier enfant assez débile n'a pas voulu prendre le sein et est mort le quatrième jour. — Le deuxième enfant, obtenu par la version pesait 2,300 gr., mesurait 42 centimètres et 20 centimètres : il a parfaitement tété et la mère l'a emporté en bon état.

Arrière-faix. — Le cordon du premier enfant offrait un exemple d'*insertio velamentosa* : il mesurait 50 centimètres de longueur et lors des tractions légères exercées pour effectuer la délivrance, il se détacha. L'insertion du second était simplement marginale : sa longueur de 47 centimètres. — Le placenta pesait 670 grammes, les diamètres étant de 18 et 16 centimètres. Les membranes examinées avec soin ont permis de reconnaître deux poches distinctes et adossées.

Observation XLI

(Communiquée par M. Tourrou, interne).

Maria Comps, 20 ans, chiffonnière, célibataire, née à Belsia, (Huesca, Espagne), entre à l'hôpital Saint-André, le 5 mai 1879 à six heures du matin.

Apparition des règles à dix-sept ans ; durée 4 à 5 jours. La suppression de la menstruation remonte au mois de septembre 1878.

L'examen de la malade a été fait imparfaitement. Pas d'antécédents de famille à noter. Le palper abdominal n'est pas pratiqué. Le ventre ne semble pas très-développé, il n'y a point de vergetures. L'auscultation rapidement faite découvre un bruit du cœur dont le

foyer est à gauche et au-dessous de l'ombilic. Dans l'aire du détroit supérieur on sent une tête engagée ; la poche des eaux est peu marquée, plate. La dilatation du col présente la dimension d'une pièce de 5 francs. Les douleurs sont courtes et reviennent à de longs intervalles.

A 3 heures de l'après-midi, la dilatation est presque complète. Seule la lèvre antérieure œdématiée ne s'efface pas. Les douleurs s'éloignent de plus en plus.

Vers 4 heures 1/2, le malade accuse un violent mal de tête et des bourdonnements d'oreille.

A 5 heures, il se produit une attaque franche d'éclampsie qui dure sept minutes et à laquelle succède un coma de vingt minutes. Des inhalations de chloroforme sont faites immédiatement.

A 5 heures 1/2, la lèvre antérieure, bien qu'œdématiée, permettant l'accouchement artificiel, on rompt la poche des eaux. Deux ou trois douleurs assez fortes succèdent à cette manœuvre.

A 6 heures, l'accoucheur intervient : la tête est dans l'excavation, l'occiput sous la symphyse ; application du forceps de M. Tarnier, amenant une petite fille pesant 1800 gr. et longue de 40 centim.

On remet la malade dans son lit, et au moment où on s'apprêtait à faire la délivrance, la main trouve un utérus volumineux. Le palper permet alors de reconnaître la présence d'un second enfant, en O. I. G. A. — La dilatation est complète et on sent en avant de la tête, un bras. Les douleurs reviennent assez violentes, la poche des eaux bombe : on la rompt à 6 heures 1/4 et à 6 heures 1/2 l'accouchement se termine naturellement. Une deuxième petite fille vient au monde 1900 gr. long. 42 centimètres. On sent alors le placenta sur le col. — La délivrance n'amène pas d'hémorrhagie. Le délivre unique pèse 700 gr.; les deux cordons sont insérés marginalement. On trouve la cloison médiane formée par l'adossement des membranes.

La grossesse qui ne s'était accompagnée d'aucun accident n'était parvenue qu'au huitième mois.

La malade, toujours sous l'action du chloroforme, est étendue dans son lit, elle semblait bien revenue, lorsque vers 7 heures 10, une deuxième attaque d'éclampsie se montre qui dure quatre minutes;

puis une troisième à 7 heures 1/2, une quatrième à 8 heures, une cinquième à 9 heures 1/2. On administre du chloroforme et un lavement avec 4 grammes de chloral. A partir de ce moment, plus de crises.

L'examen des urines ne révèle la présence que de très-peu d'albumine. Le coma dure toute la nuit : à peine, la malade reprend-elle ses sens vers 4 heures du matin le 6 mai. — A ce moment, elle est mieux, accuse de la céphalalgie ; la matrice est revenue sur elle-même. Le reste de la journée se passe bien.

Enfin le lendemain, la femme est complétement remise, les suites de couche se passent sans aucun accident et l'exeat est donné le 15 mai 1879.

Dès deux enfants, la première meurt à un jour, la deuxième à trois jours.

Imp. A. DERENNE, Mayenne. -- Paris, boulevard Saint-Michel, 52.